

3 1761 11701482 9









Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117014829>







YC 2  
-1994  
E71

35

Government  
Publication



First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# L'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

Thursday, November 24, 1994

Le jeudi 24 novembre 1994

Issue No. 26

Fascicule n° 26



WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

Carstairs

Corbin

DeWare

\* Fairbairn (or Molgat)

Keon

\* Lynch-Staunton

(or Berntson)

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

Carstairs

Corbin

DeWare

\* Fairbairn (ou Molgat)

Keon

\* Lynch-Staunton

(ou Berntson)

\* *Membres d'office*

(Quorum 3)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, November 24, 1994  
(38)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 4:00 p.m. the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, Keon, and Neiman. (5)

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

*Other Senators Present:* Hon. Senators Desmarais and Rossiter

**WITNESSES:**

*From the Bayview Regional Cancer Centre:*

Dr. Robert Buckman.

*As an Individual:*

Dr. Howard Cohen.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 5:20 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

*Greffier du comité*  
Gary Levy  
*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 24 novembre 1994  
(38)

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 16 heures sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, Keon et Neiman. (5)

*Également présente:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir.

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Desmarais et Rossiter.

**TÉMOINS:**

*Du Bayview Regional Cancer Centre:*

Le docteur Robert Buckman.

*À titre personnel:*

Le docteur Howard Cohen.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

**ATTESTÉ:**



## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, November 24, 1994

## [Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:55 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Honourable senators, we have with us today Dr. Buckman.

We are happy to have you here. Please proceed.

**Dr. Robert Buckman, Bayview Regional Cancer Centre:** I am a medical oncologist, a cancer physician, at the Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre. I have been interested in general ethical issues and the care of the dying for at least the last ten years of my professional career.

I was also been very interested in the development of the ethical, legal and social atmosphere in the Netherlands and the mechanisms by which social change and then practical change was implemented.

I am very glad to have the opportunity to testify before the Senate committee because there are obviously very big differences between the Netherlands and Canada. However, if there is one point of commonality, it is that there has been a very large social change since the 1950s, as I am sure other witnesses have told you. Public opinion polls have shown a steadily increasing approval of the idea that patients should have the right to have their life terminated in the event of terminal illness and severe suffering.

My own feeling as a medical oncologist is that many more people will be interested in the existence of this right than would actually want to exercise it in their own case. As I said in my written submission, in some respects euthanasia or assisted suicide, depending on how one defines it, is like the emergency exits or the life jackets on airplanes. The number of times they will be used is very, very few indeed; however, absolutely everybody who flies on an airplane is glad to see them there. If someone said that you could get on their airplane but that there were no life jackets or emergency exits, most people would feel very, very nervous.

The statistics from the Rummelink survey in Holland showed the same thing. They showed that of 25,000 inquiries about euthanasia, in fact 2,500 were acted upon in the hospital survey. In Canada, I would think — and my guess is as good or as bad as anybody else's — that it might be an even smaller proportion.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 24 novembre 1994

## [Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 55, conformément à son ordre de renvoi, en vue d'examiner les aspects juridiques, sociaux et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté, et de faire rapport sur la question.

**Le sénateur Joan Neiman** (*présidente*) occupe le fauteuil.

**La présidente:** Honorables sénateurs, nous accueillons aujourd'hui le docteur Robert Buckman.

Nous sommes heureux que vous soyez là, docteur. Je vous cède la parole.

**Le docteur Robert Buckman, Bayview Regional Cancer Centre:** Je suis cancérologue au *Bayview Regional Cancer Centre* de Toronto. Je m'intéresse aux grandes questions d'éthique et au soin des personnes mourantes depuis au moins dix ans.

Je m'intéresse également beaucoup à l'évolution, aux Pays-Bas, de tout l'aspect éthique, juridique et social entourant la question de l'euthanasie et du suicide assisté ainsi qu'aux mécanismes ayant permis de concrétiser les changements sociaux qui se sont produits dans ce pays.

Je suis très heureux d'avoir la possibilité de comparaître devant le comité sénatorial parce qu'il y a, de toute évidence, de très grandes différences entre la situation aux Pays-Bas et au Canada. Cependant, on peut dire que tant là-bas qu'ici, on a assisté à des changements sociaux très importants depuis les années 1950. Je suis certain de ne pas être le premier témoin à vous le signaler. Les sondages d'opinion montrent que la population est de plus en plus favorable à l'idée que les patients aient le droit de mettre un terme à leur vie lorsqu'ils sont en phase terminale d'une maladie ou qu'ils endurent de très grandes souffrances.

En tant que spécialiste de l'oncologie, je crois que beaucoup plus de gens sont intéressés par l'existence de ce droit que par le désir d'en réclamer l'exercice pour eux-mêmes. Comme je l'ai précisé dans mon mémoire, à certains égards l'euthanasie ou le suicide assisté, selon la définition que l'on en donne, c'est comme les sorties d'urgence ou les gilets de sauvetage dans un avion. On s'en sert très très rarement; cependant, tous les passagers sont rassurés de les savoir à bord des appareils. Si quelqu'un nous invitait à monter dans son avion mais précisait qu'il n'y a pas de gilet de sauvetage à bord ni de sortie d'urgence, la plupart d'entre nous serions très très nerveux.

Les statistiques tirées du sondage Rummelink aux Pays-Bas ont permis de tirer la même conclusion. En effet, dans le sondage mené par l'hôpital, on a constaté qu'on a donné suite à 2 500 des 25 000 demandes de renseignements sur l'euthanasie qui ont été présentées. Au Canada, je crois (et je le dis sans trop risquer de me tromper) que la proportion serait peut-être encore plus faible.



## [Text]

In my own experience in the last ten years since I came to Canada from England, I have only had three serious requests for euthanasia where people have said, "I would like you to do this for me if you could." About 20 or 30 patients asked me about it.

For the record, almost always, the patients who both asked about it in principle, and the three who actually requested it, were not patients who were in severe pain. None of them had uncontrolled symptoms. I would like to pride myself on some good palliative care, but these were not patients who were in screaming agony and who wanted a way out. They simply saw the last two months or three months or six weeks or whatever it was, and said, "I do not want these last few weeks. I would rather go out now if I could when people remember me as vigorous and decisive."

In many respects, the greatest drive to request euthanasia may be for existential reasons. People may not want the existence ahead of them. It may be their way of evaluating their own existence, rather than because of poor symptom control.

As I said in my written submission, I have a proposal basically in congruence with the way that various people have tried to produce changes in the law in the United States and in the United Kingdom over the last 50 years. The greatest obstacle to a change in the law is a worry about abuse, that people might try to murder their grandmothers or use doctors to murder their grandmothers.

My proposal is in contrast to the experience in the Netherlands. If it is the case that abuse is the biggest worry, then one way around that is to draw up all your guidelines and put them on a very large questionnaire, one very similar to the questionnaires which are filled in after an act of euthanasia in the Netherlands. You should then require that the questionnaire be certified before the act of euthanasia, so that the public, the patient, the family and the doctor are all certain that the act which is planned is congruent to all the guidelines.

I speak as a physician. In the Netherlands, the forms are filled out afterwards and then sent to the public prosecutor. Because of the Dutch legal system, there is no particular problem with that. The judge has always had the latitude to pass a suspended sentence for murder. That has been built into the system. They did not need to create a new category of euthanasia.

In Canada, because the system is different, we would perhaps benefit from getting the paperwork, the questionnaire, the documentation of the event completed beforehand. Everyone can then see, in true Canadian style, that it has all been done properly and everything has been recorded. Someone can ask the patient, "Is this your wish?" It requires no more than that. No one need

## [Traduction]

D'après mon expérience des dix dernières années, soit depuis que j'ai quitté l'Angleterre pour m'installer au Canada, je n'ai reçu que trois demandes sérieuses d'euthanasie de personnes qui m'ont dit: «J'aimerais que vous pratiquiez l'euthanasie sur moi si vous le pouvez». Environ 20 ou 30 patients m'ont posé des questions sur l'euthanasie.

Pour les fins du compte rendu, je dois dire que dans presque tous les cas, les patients s'étant intéressés au principe de la question et les trois qui ont véritablement présenté une demande n'éprouvaient pas de vives douleurs. Dans chacun des cas, les symptômes de la maladie étaient contrôlés. J'aimerais bien targuer de leur avoir offert de bons soins palliatifs, mais il ne s'agissait pas de patients qui vivaient une agonie très douloureuse et qui voulaient mettre fin à leurs jours. Ils envisageaient simplement les deux derniers mois, ou les trois mois, ou les six semaines, ou le temps qui leur restait et disaient: «Je ne veux pas vivre ces dernières semaines. J'aimerais mieux partir maintenant si je le pouvais pour que les gens se souviennent de moi comme d'une personne vigoureuse et déterminée».

À maints égards, les gens réclament peut-être l'euthanasie pour des raisons existentielles. Les gens ne veulent peut-être pas vivre ce qui leur reste à vivre. C'est peut-être leur façon à eux d'évaluer leur existence qui est en cause plutôt que le fait qu'on arrivait mal à contrôler les symptômes de leur maladie.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire, au fond, ma proposition est conforme aux moyens qu'ont utilisés diverses personnes pour faire modifier la loi aux États-Unis et au Royaume-Uni au cours des 50 dernières années. À cet égard, l'obstacle le plus grand est que l'on craint les abus, on craint que des gens tentent de tuer leur grand-mère ou de recourir à un médecin pour ce faire.

Ma proposition va à l'encontre de l'expérience vécue aux Pays-Bas. Si la plus grande inquiétude que l'on a au sujet de l'euthanasie est la possibilité d'abus, alors, une façon de contourner cet obstacle serait d'établir toutes les lignes directrices nécessaires et de les inscrire dans un questionnaire détaillé, semblable au questionnaire que l'on remplit après avoir procédé à l'euthanasie aux Pays-Bas. On devrait alors exiger que le questionnaire soit attesté avant de procéder à l'euthanasie, de sorte que le public, le patient, la famille et le médecin soient tous certains que l'acte que l'on planifie d'exécuter est conforme à toutes les lignes directrices établies.

Je parle ici en tant que médecin. Aux Pays-Bas, on remplit les questionnaires après coup et on les fait parvenir ensuite au ministère public. Compte tenu du système judiciaire des Pays-Bas, une telle façon de procéder ne cause pas de problèmes précis. Les juges ont toujours eu la latitude nécessaire pour imposer une condamnation avec sursis dans les cas de meurtre. Cette prérogative est inhérente au système. On n'a pas eu besoin de créer de nouveaux mécanismes pour l'euthanasie.

Au Canada, comme le système est différent, il serait peut-être préférable de s'occuper avant l'acte d'euthanasie des formalités, du questionnaire et des documents nécessaires. Toutes les parties seraient en mesure de se rendre compte que toutes les démarches prescrites ont été respectées et que tous les faits ont été consignés par écrit, comme le veut l'éthique canadienne. On pourrait



[Text]

sit in judgment, but someone does need merely to ensure that the form truly represents the medical facts of the situation. That would be my proposal to help the situation in Canada.

**Senator Beaudoin:** I come back to the question of the legal system in Holland. Are you suggesting a similar system to the one in Holland? In their legal system, their tribunals are very powerful. I have nothing against that. On the contrary, I am for a strong Supreme Court and a strong judicial system.

However, as far as euthanasia is concerned, do you not think it is up to Parliament to decide? This is not the situation in Holland. As a matter of fact, the Parliament of Holland considers euthanasia to be a crime; however, the courts of justice accept euthanasia when a doctor is in a position to prove that it was justified for medical necessity. I use their term and not the term which some people are using because it is in accordance with their system. This results in some cases, as shown in the statistics, where the patient has not consented.

We were told that one of the reasons they have such a system now is because the ruling party does not hold a majority in the Parliament and they cannot change the law on euthanasia. Therefore the courts are filling the vacuum left by the Parliament. If Canada were ever to consider legalizing euthanasia or assisted suicide, I cannot see how this kind of judicial justice may be involved here.

What do you think about that? You suggest euthanasia in certain cases. You suggest that parameters should be made. However, do you suggest that Parliament should take the lead or should the courts take the lead?

**Dr. Buckman:** I think it has to be a parliamentary change. Because of our system of minimum sentences, without a change in law, it cannot happen. In the Netherlands, because there has always been that latitude, it did not require a change in the law. They were quite able to continue without breaking their traditional legal system. In Canada, that would not be possible.

A recognition of the medical act of euthanasia would definitely be required in order to implement what I have proposed, or what a very large number of other people are also proposing. All that would be needed then is a clause stating that providing the guidelines have been met and are seen to be met, the physician is not liable to prosecution for murder. That is what is required. Provided that the current guidelines are actually met and documented, and provided that whatever needs to be done has been done in order to prove the conditions in the guidelines, the physician will not be prosecuted for murder.

**Senator Beaudoin:** You suggest an amendment to section 241(b) of the Criminal Code and a new act authorizing euthanasia wherein some parameters would be mentioned. Of course, if they are not followed, then the doctor is guilty. Is that what you suggest?

**Dr. Buckman:** Yes.

[Traduction]

demander au patient si c'est vraiment ce qu'il désire, sans plus. Pas besoin de juge, mais simplement de s'assurer que le questionnaire renferme véritablement tous les faits médicaux. C'est ce que je propose pour faciliter les choses au Canada.

**Le sénateur Beaudoin:** Permettez-moi de revenir à la question du système judiciaire des Pays-Bas. Est-ce que vous nous proposez un système semblable? Aux Pays-Bas, les tribunaux sont très puissants. Je n'ai rien contre cela. Au contraire, je suis en faveur d'une Cour suprême et d'un système judiciaire forts.

Cependant, en ce qui concerne l'euthanasie, ne croyez-vous pas qu'il appartient au Parlement de décider? Ce n'est pas le cas aux Pays-Bas. En fait, le Parlement des Pays-Bas considère l'euthanasie comme un crime. Cependant, les tribunaux acceptent l'euthanasie lorsqu'un médecin est en mesure de prouver qu'elle était justifiée pour des raisons médicales. J'utilise leur expression et non celle qu'utilisent d'autres personnes parce qu'elle est conforme à leur système. Comme on le voit dans les statistiques, il arrive parfois que le patient n'a pas donné son consentement.

On nous a dit que l'une des raisons pour lesquelles le système est tel qu'il est actuellement, c'est que le parti au pouvoir n'a pas la majorité nécessaire au Parlement et qu'il ne peut modifier la loi sur l'euthanasie. Par conséquent, les tribunaux comblent le vide juridique laissé par le Parlement. Si le Canada devait songer à légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté, je ne vois pas comment il pourrait appliquer un tel système.

Qu'en pensez-vous? Vous proposez l'euthanasie dans certains cas. Vous dites qu'il faut établir des paramètres. Cependant, est-ce qu'à votre avis, c'est le Parlement ou les tribunaux qui devrait intervenir?

**Le docteur Buckman:** Je crois que c'est le Parlement qui doit modifier la loi. Compte tenu de notre système de peines minimales, si la loi n'est pas modifiée, on ne pourra procéder à l'euthanasie. Or, comme on a toujours eu cette latitude aux Pays-Bas, on n'a pas eu besoin de modifier la loi. On a été en mesure de continuer sans transgresser le système judiciaire traditionnel. Au Canada, cela ne serait pas possible.

Pour mettre en oeuvre ce que j'ai proposé, ou ce que beaucoup d'autres personnes proposent également, il ne fait aucun doute qu'il faudrait reconnaître que l'euthanasie est un acte médical. Tout ce dont on aurait alors besoin, c'est d'une disposition indiquant que si les lignes directrices ont été respectées ou semblent avoir été respectées, le médecin ne risque pas d'être poursuivi pour meurtre. Dans la mesure où les lignes directrices établies sont respectées et documentées, et dans la mesure où tout ce qui doit être fait a été fait afin de prouver que l'on a bel et bien respecté les conditions énoncées dans les lignes directrices, le médecin ne sera pas poursuivi pour meurtre.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous proposez de modifier le paragraphe 241(b) du Code criminel et d'adopter une nouvelle loi autorisant l'euthanasie dans le cadre de certains paramètres établis. Bien sûr, si on ne respecte pas ces lignes directrices, le médecin est alors coupable. Est-ce bien ce que vous proposez?

**Le docteur Buckman:** Oui.



[Text]

**Senator Beaudoin:** You say that in Holland it was different, but it is comes down to the same thing. There is also the question of the Charter of Rights. I am not too satisfied with the answers we received in that domain during our video conference with them, although it was very, very useful.

In Canada, we have the Charter of Rights and Freedoms. Even if Parliament were legislating on a certain subject, it is always subject to the Charter of Rights and Freedoms.

In the Sue Rodriguez case, they came to a five-four decision that section 241 was not against the Charter of Rights and Freedoms. Therefore the prohibition enshrined in section 241(b) is legal and it is the law of the land. Of course, four judges disagreed with this.

You answered my question that if ever Canada wished to legalize euthanasia, it should be by Act of Parliament in the Criminal Code.

**Dr. Buckman:** Yes, senator.

**Senator Corbin:** Thank you for your comments, Dr. Buckman. I am still going through your paper. There is a lot of substance which requires deep thought.

You mentioned on page 3 of your brief the circumstances under which suicide may be considered. You number them one, two, three. The fourth circumstance would be that the patient has a clear understanding of the consequences of the request for assisted suicide and of the alternatives including any possible active treatment or further palliative care.

I am interested in the alternatives. This is the area upon which I have been focusing in a special way throughout the hearings.

What has been your experience with the delivery of palliative care? Can you tell us what you have seen, the quality of it, how it has worked for the patients who were desperate to die, and that sort of thing? Is it a positive alternative in terms of human suffering?

**Dr. Buckman:** Thank you very much, senator, for the question. Euthanasia and palliative care are not alternatives to each other. The medical association of the Netherlands have been at great pains to say that their palliative care service is second to none in Europe and probably equal to anywhere in the world.

In my own experience of palliative care in Canada, I am afraid I am ludicrously limited because I have been based in Toronto at all times. In Toronto, it is very, very good. There are four major palliative care centres. Even if a patient is not transferred to a palliative care centre, which would be the majority, palliative care and symptom control is very good.

**Senator Corbin:** Do you work out of a palliative care centre?

[Traduction]

**Le sénateur Beaudoin:** Vous dites que la situation est différente aux Pays-Bas, mais cela revient au même. Il faut également tenir compte de la Charte des droits. Je ne suis pas tellement satisfait des réponses qu'on nous a données à cet égard dans la conférence vidéo que l'on a tenue avec des témoins des Pays-Bas, même si leurs informations ont été très très utiles.

Au Canada, nous avons la Charte des droits et libertés. Même si le Parlement adopte une loi, il n'en demeure pas moins qu'elle est toujours assujettie à la Charte des droits et libertés.

Dans l'affaire Sue Rodriguez, les juges, à cinq contre quatre, ont établi que l'article 241 n'était pas contraire à la Charte des droits et libertés. Ainsi donc, l'interdiction prévue au paragraphe 241(b) est légale et constitue la loi du pays. Bien sûr, quatre juges n'étaient pas d'accord.

En réponse à ma question, vous m'avez dit que si le Canada souhaitait un jour légaliser l'euthanasie, le Parlement devrait modifier le Code criminel.

**Le docteur Buckman:** C'est juste, sénateur.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie de vos observations, docteur Buckman. Je n'ai pas fini de lire votre mémoire et à bien des égards, vos idées méritent mûre réflexion.

À la page 3 de votre mémoire, vous énoncez les circonstances dans lesquelles on pourrait envisager le suicide. Vous énoncez trois circonstances, et une quatrième voulant que le patient comprenne clairement les conséquences de la demande de suicide assisté qu'il présente, ainsi que les solutions de rechange qui existent, y compris tout traitement actif ou d'autres soins palliatifs possibles.

Ce qui m'intéresse, ce sont les solutions de rechange. C'est à cette question précise que j'ai porté spécialement mon attention tout au cours des délibérations.

Quelle expérience avez-vous en ce qui concerne la prestation des soins palliatifs? Pouvez-vous nous dire ce dont vous avez été témoin, pouvez-vous nous parler de la qualité de ces soins, quel soulagement ils ont pu apporter aux patients qui souhaitaient ardemment mourir, et cetera. En ce qui concerne l'allègement des souffrances humaines, est-ce là une solution de rechange positive?

**Le docteur Buckman:** Merci beaucoup, sénateur, pour votre question. L'euthanasie et les soins palliatifs ne sont pas des solutions de rechange l'une pour l'autre. L'Association médicale des Pays-Bas s'échine à dire que les soins palliatifs dans ce pays sont les meilleurs en Europe et probablement aussi bons que partout ailleurs.

Quant à mon expérience des soins palliatifs au Canada, je crains d'être sérieusement limité parce que j'ai toujours travaillé à Toronto. À Toronto, ces soins sont très très bons. Il existe quatre centres importants de soins palliatifs. Même si les patients ne sont pas transférés dans un centre de soins palliatifs, ce qui est le cas de la majorité, ils ont droit à de très bons soins palliatifs et à un contrôle des symptômes efficace.

**Le sénateur Corbin:** Est-ce que vous travaillez dans un centre de soins palliatifs?



[Text]

**Dr. Buckman:** I work at a regional cancer centre. At any one time, about 30 per cent of our in-patients are in palliative care, meaning they are receiving symptom control but that there is no active treatment of their disease. In other words, we are looking after them as they die.

My own personal experience of palliative care is quite extensive. My two areas of specialty are breast cancer and ovarian cancer in which there is a great deal of palliative care which needs to be done.

**Senator Corbin:** What do you consider to be palliative care?

**Dr. Buckman:** Palliative care is defined simply as control of the symptoms when treatment of the active disease is not being carried on. Palliation simply means improvement of symptoms.

In the medical profession, palliation is used to imply care at the end of life; in other words, terminal care of somebody who will die of their active disease without treatment.

In my view, palliative care is very, very important. There is an enormous demand for it. Euthanasia is not an alternative to palliative care at all. However, like an emergency exit, it is an out. It is an exit to which a few patients would like access, and more patients would like to know it is there, even if they do not choose to have access to it.

I understand that palliative care services are very difficult to get in various areas of this country. However, not even in those areas would one dream of suggesting that euthanasia is an alternative to palliative care. You do not forego an improvement in palliative care services by introducing euthanasia. The medical association in the Netherlands would go crazy if that were promulgated. This is not an alternative to palliative care at all.

**Senator Corbin:** We have heard what I thought were contradictory reports as to the quality of palliative care in Holland and, as well, in Great Britain. I do not know if you have had experience there.

**Dr. Buckman:** Yes.

**Senator Corbin:** It depends, to some extent, on who makes the statement. We have heard it is "good", "very good", "mediocre" and "not so good". Again, you have your own views.

Have you had any experience with the palliative care system in Holland?

**Dr. Buckman:** No, I have not. I have no personal experience. My only experience of the Netherlands situation is having seen television programs about patients facing the end of life there. One program was shown on TV Ontario in which a woman,

[Traduction]

**Le docteur Buckman:** Je travaille dans un centre régional de cancérologie. Invariablement, 30 p. 100 de nos malades hospitalisés sont dans une unité de soins palliatifs, c'est-à-dire dans une unité où on contrôle les symptômes de leur maladie mais où on ne leur donne aucun traitement actif. Autrement dit, nous les aidons à mourir.

Personnellement, je possède une vaste expérience des soins palliatifs. Mes deux domaines de spécialité sont le cancer du sein et le cancer des ovaires, domaines pour lesquels il faut encore faire beaucoup en ce qui concerne les soins palliatifs.

**Le sénateur Corbin:** Qu'est-ce que vous entendez par soins palliatifs?

**Le docteur Buckman:** On définit simplement les soins palliatifs comme le contrôle des symptômes lorsqu'on ne traite pas activement la maladie. Par palliatifs, on entend simplement un allègement des symptômes.

Au sein du corps médical, par soins palliatifs, on entend les soins prodigués à la fin de la vie; autrement dit, les soins donnés à une personne qui va mourir de la maladie qui l'affecte sans être traitée.

À mon avis, les soins palliatifs sont très très importants. La demande est énorme. L'euthanasie n'est pas du tout une solution de rechange aux soins palliatifs. Cependant, c'est une sortie d'urgence, une façon de mettre fin à ses jours. C'est une sortie à laquelle quelques patients demandent d'avoir accès, et qu'un nombre plus élevé aimeraient savoir en place, même s'ils ne choisissent pas de l'emprunter.

Je crois comprendre qu'il est très difficile d'obtenir des soins palliatifs dans diverses régions du pays. Cependant, même dans ces régions, personne n'oserait dire que l'euthanasie est une solution de rechange aux soins palliatifs. On ne remplace pas la nécessité d'améliorer les soins palliatifs en pratiquant l'euthanasie. L'Association médicale des Pays-Bas s'affolerait si tel était le cas. L'euthanasie ne constitue nullement une solution de rechange aux soins palliatifs.

**Le sénateur Corbin:** En ce qui concerne la qualité des soins palliatifs prodigués aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, on nous a présenté ce que j'estime être des rapports contradictoires. Je ne sais pas si vous êtes au courant des soins palliatifs dispensés là-bas.

**Le docteur Buckman:** Oui.

**Le sénateur Corbin:** Cela dépend, dans une certaine mesure, de qui vient la déclaration. Certains nous ont dit que les soins palliatifs dans ces pays étaient «bons», «très bons», «médiocres» et «passables». Là encore, chacun a son opinion.

Est-ce que vous avez de l'expérience concernant les soins palliatifs aux Pays-Bas?

**Le docteur Buckman:** Non, pas dans ce pays. J'ai seulement vu des émissions de télévision sur des patients qui faisaient face à la mort. Au réseau TV Ontario, une femme, elle-même médecin, a fait une émission à la fin de sa vie. Dans une autre émission, on

[Text]

herself a physician, made a program at the end of her life. Another program showed how the procedure of euthanasia is carried out in Holland.

In both cases, there were no physical symptoms which needed controlling. The patients were not in pain. They were both very enfeebled. One patient had ALS and the other had a form of leukaemia. Both patients were in very good control of their symptoms; they simply wanted an out.

**Senator Corbin:** I have never been through this and neither have you, I suppose. Is there in fact physical pain which cannot be controlled? Can you expound on that?

**Dr. Buckman:** That is a very good question. According to major surveys done in England, severe pain can be controlled in approximately 95 per cent of cases. When they say "uncontrolled pain", they mean the pain is brought down from excessive to moderate. They would regard it as very good control if the patient had no pain at all or had mild pain. If the patient had moderate or severe pain, they would regard that as failure of control.

In most palliative care settings, failure of control of pain happens in about 5 per cent of patients. Genuinely speaking, the requests which I have received from patients wanting euthanasia were not from those patients who suffered uncontrolled pain. In the Dutch experience, again, in 5 per cent of acts of euthanasia, the prime motive is pain. In 95 per cent of cases, it is something else.

**The Chairman:** Dr. Buckman, I do not know if it was out of concern for our time that you did not read your brief, although you did refer to certain sections. It would be very useful if you put on the record for us the circumstances in which you believe assisted suicide may be considered.

**Dr. Buckman:** Certainly. In the written proposal, I propose the following circumstances in which assisted suicide may be considered. They include all of the following: The patient has a diagnosed progressive terminal disease from which the patient's death is expected in a matter of several months or less; the patient's suffering, whether physical or mental, is unbearable to the patient; no active treatment of the disease itself is being undertaken or is planned; the patient has discussed any active treatment with his or her doctors and has rejected it; the patient has a clear understanding of the consequences of the request for assisted suicide and of the alternatives, including any possible active treatment or further palliative care; the request for assisted suicide is made clearly and repeatedly over a period of at least several days; the request for assisted suicide can only be made by the patient and not by any family member or other person; the request for assisted suicide can only be made at the time of the proposed assisted suicide and cannot be requested months or years in advance; the physician proposing to honour the request for assisted suicide has participated in that patient's medical care

[Traduction]

nous a montré la procédure suivie concernant l'euthanasie aux Pays-Bas.

Dans les deux cas, il n'existait pas de symptômes physiques nécessitant d'être contrôlés. Les patientes ne souffraient pas. Elles étaient toutes deux très affaiblies. L'une souffrait de SLA, l'autre d'une forme de leucémie. Les symptômes de leur maladie étaient très bien contrôlés, les patientes voulaient simplement cesser de vivre.

**Le sénateur Corbin:** Je n'ai jamais vécu cela ni vous, je suppose. Est-ce que, en fait, dans certains cas, il est impossible de contrôler la douleur physique? Pouvez-vous nous donner des détails à ce sujet?

**Le docteur Buckman:** C'est une très bonne question. Selon d'importants sondages effectués en Grande-Bretagne, dans environ 95 p. 100 des cas, on peut contrôler une douleur aiguë. Lorsqu'on parle de «douleur non contrôlée», on veut dire que la douleur passe d'un niveau excessif à un niveau modéré. On dit que le contrôle est très bon lorsque le patient n'éprouve aucune douleur ou une faible douleur. Si le patient éprouve une douleur modérée ou aiguë, on considère qu'on n'arrive pas à la contrôler.

Dans la plupart des cas en soins palliatifs, on n'arrive pas à contrôler la douleur chez environ 5 p. 100 des patients. Je dois dire en toute honnêteté que les demandes d'euthanasie qui m'ont été présentées ne provenaient pas de malades chez qui on n'arrivait pas à contrôler la douleur. Selon l'expérience des Pays-Bas, là encore, dans 5 p. 100 des cas d'euthanasie, la motivation première est la douleur. Pour les autres, c'est une autre raison que l'on invoque.

**La présidente:** Docteur Buckman, je ne sais pas si c'est parce que vous ne vouliez pas prendre trop de notre temps que vous n'avez pas lu votre mémoire, bien que vous ayez fait référence à certaines de ses parties. Pour les fins du compte rendu, nous vous saurions gré d'énumérer les circonstances pour lesquelles, selon vous, le suicide assisté peut être envisagé.

**Le docteur Buckman:** Certainement. Dans mon mémoire, je propose des circonstances précises dans lesquelles le suicide assisté peut être envisagé. Ces circonstances sont les suivantes: on a diagnostiqué chez le patient une maladie terminale progressive qui va provoquer la mort en quelques mois ou moins; les souffrances du patient, qu'elles soient physiques ou morales, sont intolérables; aucun traitement actif de la maladie en tant que telle n'est entrepris ou prévu; le patient a discuté de tous les traitements actifs avec ses médecins et les a rejetés; le patient comprend clairement les conséquences de sa demande de suicide assisté ainsi que des solutions de rechange, y compris tout traitement actif ou d'autres soins palliatifs possibles; la demande de suicide assisté est présentée clairement et répétée depuis plusieurs jours au moins; la demande de suicide assisté ne peut être faite que par le patient et non par un membre de la famille ou une autre personne; la demande de suicide assisté ne peut être présentée des mois ou des années à l'avance; le médecin qui propose de satisfaire à la demande de suicide assisté soigne aussi le patient depuis au moins quatre semaines au moment de la demande; il existe également



[Text]

for at least four weeks at the time of the request; and there is full and detailed documentation of all of the above.

I would add a couple of points which have arisen in my discussions with various health care professionals and also with some people from the Netherlands. It may be a good idea to mandate a second opinion by a physician as well. I certainly did not mean to exclude that. I was thinking that some sort of judicial review might replace that. However, it would probably be better to mandate that.

There is one other thing which I failed to mention, and this is in the Dutch guidelines. The patient and doctor must have no relationship other than patient and doctor. In other words, the doctor must have no financial interest. I am sorry. I should have put that in as a mandatory exclusion criterion.

**Senator Carstairs:** There are several things I want to talk about but they are mostly within the same area. I was very interested, both in your paper and in your presentation today, in the idea that more people are interested in the existence of this right than will ever, in fact, take advantage of it.

I would like if it is possible, and obviously with appropriate protection, to speak about the 20 patients who asked about euthanasia and the three 3 whom you thought were really genuinely serious. If you could, please differentiate between those two types for us?

**Dr. Buckman:** I have never thought about what distinguished those three. One was a woman with metastatic breast cancer who had sustained a pathological fracture of the hip. We had addressed the pain and had her pain under very good control with radiotherapy and high doses of opiates. The thing that she absolutely hated was being immobile. She was in her late fifties, a young patient we would say. She loathed and detested being immobile, not being at home and having her family come in and visit her.

The second request came from a patient, herself a physician, who also had metastatic breast cancer. She was very keen to know about it and discussed whether or not we could give it to her if the time came. In fact, her serum calcium rose and she became unconscious at the end of her life. That obviated her concern which was being conscious and sort of disintegrating as a personality.

The third request came from a patient with an advanced form of drug-resistant lymphoma. We never quite got to discussing the ins and outs, the practicalities.

However, in all three cases, I was impressed by the fact that these particular patients were talking about their own assessment of their quality of life. They were saying, "As far as I am concerned, not as far as anyone else is concerned, a point will come when my quality of life will be zero. I do not want to reach that point. Can you do something?"

[Traduction]

une documentation complète et détaillée sur tous les éléments qui viennent d'être énumérés.

J'aimerais ajouter quelques éléments qui ont été soulevés lors de mes discussions avec divers professionnels de la santé et certaines personnes des Pays-Bas. Il serait peut-être bon d'exiger l'opinion d'un autre médecin. Je ne voulais certainement pas exclure cette possibilité. Je pensais à une sorte d'examen judiciaire qui pourrait remplacer cette opinion. Cependant, il serait probablement préférable d'exiger cette opinion.

J'ai aussi oublié de mentionner une autre chose que l'on trouve dans les lignes directrices imposées par les Pays-Bas. Le patient et le médecin doivent entretenir uniquement des rapports professionnels. Autrement dit, le médecin ne doit avoir aucun intérêt financier. Je suis désolé. J'aurais dû énoncer ce critère d'exclusion comme étant incontournable.

**Le sénateur Carstairs:** J'aimerais aborder plusieurs choses, mais la plupart touchent le même domaine. L'idée que vous avez formulée dans votre mémoire et dans votre témoignage d'aujourd'hui voulant que plus de personnes soient intéressées par l'existence de ce droit que par son exercice me paraît très intéressante.

Si c'est possible, et évidemment avec la protection qui s'impose, j'aimerais parler des 20 patients qui se sont renseignés au sujet de l'euthanasie et des trois qui, à votre avis, voulaient véritablement l'obtenir. Si c'est possible, pouvez-vous établir une différence entre ces deux catégories de patients?

**Le docteur Buckman:** Je n'ai jamais pensé aux éléments qui différencieraient ces trois patientes. Dans un cas, il s'agissait d'une femme qui avait un cancer du sein avec métastases et qui avait subi une fracture de la hanche. Grâce à la radiothérapie et à de fortes doses d'opiacés, nous avions réussi à bien contrôler sa douleur. Ce qu'elle détestait vraiment, c'était d'être immobile. C'était une femme dans la fin de la cinquantaine, une jeune patiente quoi. Elle détestait le fait d'être immobile, de ne pas être chez elle et de voir que sa famille devait venir lui rendre visite.

La seconde demande provenait d'une patiente, elle-même médecin, qui avait également un cancer du sein avec métastases. Elle était très intéressée par la question de l'euthanasie et discutait avec nous quant à savoir si on pourrait procéder à l'euthanasie au moment voulu. En fait, son calcium sérique a augmenté et elle est devenue inconsciente à la fin de sa vie, ce qui l'a libérée de sa préoccupation d'être consciente et de voir sa personnalité se désintégrer.

La troisième demande provenait d'une malade souffrant d'une forme avancée de lymphomes chimio-résistants. Nous n'avons jamais eu la chance de discuter des détails techniques de l'euthanasie.

Cependant, dans les trois cas, ce qui m'a impressionné, c'est le fait que ces trois patientes faisaient leur propre évaluation de leur qualité de vie. Elles disaient ceci: «Selon moi, et quoi que pourrait en penser quiconque, à un moment donné, ma qualité de vie va être nulle. Je ne veux pas atteindre ce stade. Pouvez-vous faire quelque chose?»

[Text]

The other 20 or so patients were asking often because there was a story in the newspapers, or sometimes because I appeared on television talking about it. They wanted to know what my views were and to express their own views.

The three who were most serious impressed me by their motivation of assessing their own quality of life and their desire to end a life which they now regarded as not worth the living.

**Senator Carstairs:** What were the ages of these patients?

**Dr. Buckman:** The patient with the hypercalcemia was in her late thirties; she was young. The woman with the fractured hip was in her late fifties. As far as I recall, the lymphoma patient was in her mid-sixties. That is quite a wide range. I do not know of any particular distribution of age associated with requests or interest in euthanasia.

**Senator Carstairs:** Obviously we speculate about some of these things, but in some of the literature I have read, these patients seem to be people who have not progressively aged and thus they have not dealt with the limitations which come to all of us as we age. Therefore, the quality of their life seems to go from vigour to total lack of vigour, as supposed to perhaps slowly getting used to the fact that your bones creak a bit and that you are not quite as active as you once were. Have you ever thought about it in those terms?

**Dr. Buckman:** I absolutely have not, but I think I should. My practice is obviously skewed toward patients with cancer. In some respects, I understand what you are saying about adjustment to limitations. Certainly many patients say, "I know what you have to offer in the last couple of months." For them, it is not a matter of aging. It is as if they realize, this being the middle of November, that they can make it through to the New Year but would rather die now. It is that sort of time frame.

By and large, senator, the patients who are least acclimatized to their age and their position are the ones who cling most strenuously to life.

I wrote a book about support of the dying entitled, *I Don't Know What To Say*. In that book, I write about a very interesting patient who happened to be in a ward next to a patient who was 50 years her junior. Both had metastatic breast cancer. The woman in her late seventies was totally unadjusted to the fact that she was dying. She was scrabbling with me and with her two sons who were also fighting. We needed a lot of psychotherapy to sort that out. She was not in the least bit interested in euthanasia.

By contrast, the woman in the next bed was in her thirties. She did not ask me about euthanasia in particular. She had planned her

[Traduction]

Quant aux vingt autres patients ou à peu près, ils posaient souvent la question à cause d'un reportage qu'ils avaient lu dans les journaux, ou parfois parce que je participais à une émission de télévision et que je discutais de la question. Ils voulaient savoir ce que je pensais et exprimer leur propre opinion.

Les trois patientes qui étaient les plus sérieuses m'ont impressionné par leur motivation à évaluer leur propre qualité de vie et leur désir de mettre fin à une vie qu'elles considéraient maintenant comme ne valant plus la peine d'être vécue.

**Le sénateur Carstairs:** Quel âge avaient ces patientes?

**Le docteur Buckman:** La patiente qui souffrait d'hypercalcémie était jeune, elle approchait la fin de la trentaine. Quant à celle qui avait la hanche fracturée, elle approchait la fin de la cinquantaine. Si mes souvenirs sont bons, la patiente atteinte d'un lymphosarcome avait près de 65 ans. L'écart d'âge est assez grand. Je ne crois pas qu'il existe une répartition précise d'âges associée aux demandes d'euthanasie ou à l'intérêt pour cette solution.

**Le sénateur Carstairs:** De toute évidence, nous ne faisons là que des suppositions, mais dans la documentation que j'ai lue, les patients qui font une telle demande ne semblent pas être des gens qui ont vieilli progressivement et qui ont dû faire face aux limites auxquelles nous sommes tous confrontés avec l'âge. Par conséquent, elles semblent passer de la vigueur à un manque total de vigueur, contrairement aux personnes qui s'habituent lentement à ce que les os leur craquent un peu et au fait qu'elles ne sont pas aussi actives qu'auparavant. Avez-vous déjà envisagé le problème sous cet angle?

**Le docteur Buckman:** Absolument pas, mais je pense que je devrais le faire. De toute évidence, ma pratique est axée sur les patients qui ont le cancer. À certains égards, je comprends ce que vous voulez dire quand vous parlez d'adaptation à nos limites. Il est certain que bien des patients disent: «Je sais ce que vous avez à offrir au cours des derniers mois de vie». Pour eux, la question n'est pas de vieillir. C'est comme s'ils se rendaient compte qu'ils sont à la mi-novembre, qu'ils pourraient se rendre jusqu'à la nouvelle année, mais qu'ils préfèrent mourir maintenant. C'est dans ce contexte que le problème se situe.

Dans l'ensemble, sénateur, les patients qui sont le moins adaptés à leur âge et à leur situation sont ceux qui s'accrochent le plus énergiquement à la vie.

J'ai écrit un livre au sujet de l'aide aux mourants qui s'intitule: *I Don't Know What To Say*. Dans ce livre, je parle d'une patiente très intéressante qui se trouvait dans une aile à côté d'une patiente qui était de 50 ans sa cadette. Les deux souffraient d'un cancer du sein avec métastases. Celle qui approchait les 80 ans n'était pas du tout préparée à mourir. Elle luttait tandis que moi-même et ses deux fils combattions aussi. Nous avons eu besoin de beaucoup de psychothérapie pour l'aider. Elle n'était pas du tout intéressée par l'euthanasie.

Par contre, la femme qui était dans le lit d'à côté avait dans la trentaine. Elle ne m'a jamais parlé d'euthanasie en particulier. Elle



*[Text]*

death. She wanted to die in her living room near a lake in northern Ontario; she knew exactly what she wanted to see as she died.

The conclusion which I drew from that situation, and which I mentioned in my book, is that comfort with dying is probably directly related to comfort with living. The women in her thirties had made major advances in understanding herself and her limitations and was therefore comfortable with dying. The woman in her late seventies was not comfortable with herself and was still scrabbling, still trying to sort it all out.

**Senator Corbin:** You have described to us the Dutch experience and all the forms which need to be filled out after the fact. You recommend that forms be filled in before the fact so that — and I do not want to put words into your mouth — it is well documented that this patient wished their life to be terminated.

For whose information would that be?

**Dr. Buckman:** I am proposing it if the major obstacle to a change in legislation is the possibility of abuse. I am proposing that the documentation be checked beforehand so that, in some respects, the Canadian public are reassured that everything is as it should be.

If ever a change in legislation did occur, perhaps it should be mandatory that the cases are reviewed in detail, perhaps after 50 or 100 cases, after a year or two years. Perhaps that should be an ongoing process. Hence, you would know that the form which I filled in as the doctor, without names, of course, would be submitted somewhere and will be checked and taken seriously. The public can then be assured that abuses are not going on.

**Senator Corbin:** You state that the Canadian public needs to be informed. Who would do the checking?

**Dr. Buckman:** It is my proposal that it be somebody from the Crown Attorney's office or somebody who is designated. I did not make that very clear in my written submission. I proposed the Crown Attorney's office, but it easily could be somebody appointed or designated either on a name basis or by position. In other words, the Crown Attorney might say that anyone who is a head of a hospital administration or a notary public or a lawyer, who is recognized by name by us, is hereby designated to act as a vicar of the Crown Attorney's office to check the documentation. There will be no judgment from this person, only verification that the doctor is not lying. We want to know genuinely that the patient has the stated diseases, that he or she is undergoing suffering, that a second opinion has been received, that the patient has been informed of the consequences, that the requests have been made repeatedly, et cetera. At that point, everyone can be sure there is no subterfuge there.

*[Traduction]*

avait planifié sa mort. Elle voulait mourir dans son salon près d'un lac dans le nord de l'Ontario; elle savait exactement ce qu'elle voulait voir au moment où elle mourrait.

La conclusion que j'ai tirée de cette situation, et que je mentionne dans mon livre, c'est que la paix que l'on souhaite obtenir à sa mort est probablement directement reliée à la paix que l'on a connue dans sa vie. La femme de 30 ans avait fait beaucoup de progrès pour se comprendre et pour comprendre ses limites et par conséquent, envisageait la mort avec sérénité. Quant à la femme plus âgée, elle ne s'était pas trouvée et luttait toujours, essayant de donner un sens à ce qui lui arrivait.

**Le sénateur Corbin:** Vous nous avez parlé de ce qui se passe aux Pays-Bas et de tous les formulaires qui doivent être remplis après l'euthanasie. Vous recommandez que ces formulaires soient remplis avant de sorte que (et je ne veux pas vous mettre les mots dans la bouche) la procédure soit bien documentée et qu'il soit prouvé que le patient souhaitait mettre un terme à sa vie.

À qui cette information serait-elle destinée?

**Le docteur Buckman:** Je propose cette façon de procéder si l'obstacle majeur à une modification de la loi est la possibilité d'abus. Je propose que la documentation soit vérifiée avant de sorte que la population canadienne sache que toutes les lignes directrices ont été respectées.

Si l'on venait à modifier la loi, peut-être devrait-il être obligatoire d'examiner les cas d'euthanasie en détail, peut-être après 50 ou 100 cas, après un an ou deux. Peut-être devrait-il s'agir là d'un processus permanent. Ainsi donc, vous sauriez que les formulaires que j'ai remplis en tant que médecin, formulaires desquels les noms seraient rayés, bien sûr, seraient présentés à une personne responsable qui les vérifierait soigneusement. Le public pourrait alors être certain qu'il n'y a pas d'abus.

**Le sénateur Corbin:** Vous dites que le public canadien doit être informé. Qui ferait les vérifications?

**Le docteur Buckman:** Je propose que ce soit quelqu'un du bureau du procureur de la Couronne ou une personne désignée à cette fin. Je ne l'ai pas précisé clairement dans mon mémoire. J'ai proposé le bureau du procureur de la Couronne, mais cela pourrait être facilement quelqu'un qui serait désigné nommément ou par voie de concours. Autrement dit, le procureur de la Couronne pourrait établir que l'administrateur en chef d'un hôpital, un notaire ou un avocat, dont nous connaissons le nom, est désigné pour agir en tant que responsable du bureau du procureur de la Couronne et vérifier la documentation. Cette personne ne sera pas tenue de porter un jugement, mais uniquement de s'assurer que le médecin ne ment pas. Nous voulons nous assurer que le patient est effectivement atteint de la maladie désignée, qu'il souffre, qu'une deuxième opinion a été donnée, que le patient a été informé des conséquences, que les demandes ont été répétées à plusieurs reprises, et cetera avant de procéder à l'euthanasie. À ce moment-là, tout le monde peut être certain qu'il n'y a pas de tromperie.

[Text]

**Senator Corbin:** I have very little medical knowledge. What are the physiological effects upon the administration of morphine in increasing doses? What does it do to your body?

**Dr. Buckman:** As a matter of information, it is extremely difficult to kill anybody with increasing doses of morphine.

**Senator Corbin:** I am asking generally, with whatever substances are used in euthanasia.

**Dr. Buckman:** I am sorry. I misunderstood the nature of your question. Normally, physicians in Holland would give a sedative which renders the patient unconscious so that they are no longer aware. It is just like falling asleep, like having an anaesthetic. On one of the television programs, the patient actually falls asleep sitting there beside his wife.

**Senator Corbin:** That is the first step.

**Dr. Buckman:** Then when the patient is in deep sleep, you may give a muscle-paralysing agent which stops the breathing muscles. The patient is completely unaware of it. Also quite common is an injection of potassium chloride which stops the heart from beating.

The important point is that either of those two are given only after the patient is in coma. From the patient's point of view, it is like having an anaesthetic, the only difference being that there is no recovery and they know that.

**Senator Corbin:** I presume you have no problem with the administration of substances to alleviate pain that have a secondary effect to cause death?

**Dr. Buckman:** That is correct. Actually, the statistics are very much on the side of not feeling guilty or feeling that you hastened death.

Another study which originated from, I believe, Oxford showed that the survival rate of patients in a palliative care unit who receive large doses of opiates, including morphine, was exactly the same as those who did not. For what it is worth, it does suggest strongly that good pain control does not actually shorten life.

For myself personally, my only discomfort would be if I were disobeying the law. I, personally, would not feel uncomfortable if society said that it is legal to terminate a life. I would not necessarily feel uncomfortable myself in doing this at a patient's strong and repeated request.

**The Chairman:** Dr. Buckman, please go back to the third circumstance in which you say assisted suicide may be considered; that is, that no active treatment for the disease itself has been undertaken or planned. By whom? Why are you putting that in? I can understand the rest of the sentence, that the patient has discussed active treatment with his or her doctors and has rejected it.

**Dr. Buckman:** It is simply to make sure that we are talking entirely about a subgroup of patients within palliative care. It would not be wise to consider euthanasia for a patient with a previously untreated lymphoma. That can be a very, very

[Traduction]

**Le sénateur Corbin:** Mes connaissances médicales sont très restreintes. Quels sont les effets sur le plan physiologique de l'administration de morphine en doses de plus en plus fortes? Qu'est-ce qui se passe dans l'organisme?

**Le docteur Buckman:** Je dois vous dire qu'il est extrêmement difficile de tuer quelqu'un avec des doses toujours plus fortes de morphine.

**Le sénateur Corbin:** Je parle en général, de toutes les drogues qui peuvent être utilisées pour l'euthanasie.

**Le docteur Buckman:** Je m'excuse. J'ai mal compris votre question. Normalement, les médecins des Pays-Bas donnent des sédatifs qui rendent le patient inconscient. C'est comme si le patient s'endormait, comme si on lui avait administré un anesthésique. Dans une des émissions de télévision, le patient s'endort, assis à côté de sa femme.

**Le sénateur Corbin:** C'est la première étape.

**Le docteur Buckman:** Lorsque le patient dort profondément, on peut lui donner une drogue qui paralyse les muscles et qui stoppe le fonctionnement des muscles de la respiration. Le patient n'en a pas du tout connaissance. Aussi, on injecte souvent du chlorure de potassium qui arrête le coeur de battre.

Ce qui est important de retenir, c'est que l'on ne donne ces médicaments que lorsque le patient est dans le coma. Pour le patient, c'est comme si on lui administrait un anesthésique, la seule différence étant qu'il ne se réveille pas et il le sait.

**Le sénateur Corbin:** Je suppose que vous n'avez pas d'objection à administrer des substances qui allègent la douleur et qui ont pour effet secondaire de causer la mort?

**Le docteur Buckman:** C'est juste. En fait, les statistiques ont beaucoup tendance à indiquer que les médecins ne ressentent pas de culpabilité ou qu'ils ont le sentiment d'avoir accéléré la mort.

Une autre étude qui a été menée, je pense, à Oxford, a montré que le taux de survie des patients dans une unité de soins palliatifs et qui reçoivent de fortes doses d'opiacés, y compris de morphine, était exactement le même que ceux qui n'en recevaient pas. En passant, l'étude laisse fortement entendre qu'un bon mécanisme de contrôle de la douleur ne réduit pas la durée de vie.

La seule chose qui me dérangerait, ce serait de savoir que je déroge à la loi. Personnellement, je ne serais pas mal à l'aise si la société reconnaissait qu'il est légal de mettre un terme à la vie d'une personne. Je ne me sentirais pas nécessairement mal à l'aise de répondre à la requête pressante et répétée d'un patient.

**La présidente:** Docteur Buckman, auriez-vous l'obligeance de revenir à la troisième circonstance justifiant que l'on envisage le suicide assisté, c'est-à-dire qu'aucun traitement actif de la maladie elle-même n'est entrepris ou planifié. Par qui? Pourquoi énoncez-vous cette circonstance? Je comprends le reste de la phrase, soit que le patient a discuté du traitement actif avec ses médecins et l'a rejeté.

**Le docteur Buckman:** C'est simplement pour m'assurer que l'on parle exclusivement d'un sous-groupe de patients qui reçoivent des soins palliatifs. Il ne serait pas approprié d'envisager l'euthanasie pour un patient atteint d'un lymphosarcome qui n'a



[Text]

frightening situation and it can look like the patient is about to die. However, after starting the treatment, it may take two or three weeks before you know whether the disease will respond.

It would be very uncomfortable for everyone concerned if a decision for euthanasia were made during that phase when there was a 30- or 40-per-cent chance that the patient might have a long remission or even be cured by the treatment. This must happen only in a situation in which it is quite clear to everyone concerned that there is no active treatment against the disease itself. It must be limited to the group of patients for whom palliative care is the only objective left to them.

**The Chairman:** In other words, the first part of that circumstance pertains to the doctor's judgment of an appropriate time when a request could be considered. It would not be when, in the doctor's judgment, some treatment exists which could alleviate the problem.

**Dr. Buckman:** Not necessarily. I am implying here that the doctor is forbidden from assisting in euthanasia and suicide if there is any active treatment going on. If the doctor suggests to the patient that there is an alternative treatment, the patient must clearly and overtly reject it and say, "I do not want that."

Basically, I took that directly from the Netherlands regulations. That is one of their specifications. The patient must clearly understand the alternatives and say "I do not want that."

**The Chairman:** You obviously have had experience in palliative care in England, as well as here. We have heard a great deal from our witnesses about the palliative care model there. In fact, many witnesses adopt, promote and espouse the English practice.

I would like your comments with respect to the practice which is observed here of obtunding patients, as they call it, in certain palliative care units in Canada because they feel that under no circumstances would they ever consider euthanasia or assisted suicide.

Is there any difference here in Canada? Should there be? Where do we draw that fine line between withholding treatment or giving treatment to a terminally ill patient?

**Dr. Buckman:** The line may perhaps be fine, but it is a very tall fence. Good palliative care is approved and legal and, in the Law Reform Commission report, they mention that even if life is shortened, although the statistics show that it is not, by good palliative care, by good pain control, that is perfectly permissible.

The specific act of giving substances which will bring about a person's death is quite different. The Netherlands practice to which I have alluded of giving a sedative and potassium chloride is totally different. It is an act given in that particular social setting with that particular intention. In some respects, from the point of view of a physician, there is a very clear line. There is no way I could prescribe an injection of potassium chloride to be given as a single injection. That would be a fatal administration, and there is

[Traduction]

jamais été traité. Cela peut être très très effrayant et donner à penser que le patient est sur le point de mourir. Cependant, après avoir entrepris le traitement, on peut devoir attendre deux ou trois semaines pour voir comment le malade réagit.

La situation pourrait être très inconfortable pour les personnes en cause si l'on décidait de procéder à l'euthanasie au cours de cette phase où il y a de 30 à 40 p. 100 de chances que le patient puisse avoir une longue période de rémission ou même guérir. L'euthanasie ne doit avoir lieu que lorsqu'il est tout à fait évident pour tout le monde qu'il n'existe aucun traitement actif contre la maladie elle-même. Cette procédure doit être limitée au groupe de patients pour qui les soins palliatifs constituent la seule solution.

**La présidente:** Autrement dit, dans un premier temps, il appartient au médecin de juger si le moment est approprié d'envisager de satisfaire à une demande. Il ne s'agit pas de savoir qu'il existe, selon le médecin, un traitement qui pourrait régler le problème.

**Le docteur Buckman:** Pas nécessairement. Ce que je veux dire ici, c'est que le médecin n'a pas le droit de participer à l'euthanasie et au suicide assisté si le patient reçoit un traitement actif contre sa maladie. Si le médecin laisse entendre au patient qu'il existe un autre traitement, le patient doit clairement et ouvertement le refuser et dire qu'il n'en veut pas.

En gros, j'ai énoncé cette circonstance directement à partir des règlements qui existent aux Pays-Bas. C'est là une de leurs exigences. Le patient doit comprendre clairement la nature des solutions de rechange et dire qu'il n'en veut pas.

**La présidente:** De toute évidence, vous avez l'expérience des soins palliatifs en Grande-Bretagne et ici. Nos témoins nous ont beaucoup parlé du modèle de soins palliatifs dans ce pays. En fait, de nombreux témoins favorisent et adoptent le point de vue anglais.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de la pratique qui est observée ici au sujet des patients que l'on calme, comme on dit, dans certaines unités de soins palliatifs, parce qu'on estime qu'ils ne vont jamais envisager l'euthanasie ou le suicide assisté.

Est-ce qu'il y a des différences ici au Canada? Devrait-il y en avoir? Où établit-on la limite entre le fait de ne pas donner ou de donner un traitement à un malade en phase terminale?

**Le docteur Buckman:** La limite est peut-être tenue, mais le pas à franchir est important. Les bons soins palliatifs sont approuvés et légaux; dans le rapport de la Commission de réforme du droit, on dit que même si la vie est écourtée, bien que les statistiques prouvent le contraire, par de bons soins palliatifs, par un bon contrôle de la douleur, que cela est tout à fait permis.

Mais les choses sont complètement différentes lorsqu'il s'agit d'un acte précis qui consiste à administrer à une personne une substance qui va provoquer sa mort. La pratique des Pays-Bas à laquelle j'ai fait allusion et qui consiste à donner un sédatif et du chlorure de potassium est totalement différente. Il s'agit d'un acte qui est exécuté dans un contexte social particulier et dans une intention particulière. À certains égards, du point de vue du médecin, la limite est très précise. Je ne pourrais absolument pas



## [Text]

no way I could justify that by saying that I thought it might help. It is simply a lethal injection. The line is very, very clear.

At the moment, euthanasia is illegal in Canada. Many palliative care physicians feel that some patients whose suffering, either mental or physical, is extreme would like to be made obtunded, to be made unconscious. Many of my patients request that and say, "If the time comes, please make sure that I am out of it." I always agree to that. It is one thing I can do. It is completely legal, it is fair, it is decent, and I know exactly how to do it. It is a sort of substitute.

I must add that I am personally a strong advocate of the patient's view on this. There are some patients who would rather have any degree of pain than obtundation. I had one patient who was extremely upset because as the analgesic doses went up she was obtunded and not able to talk to her visitors and family. She actually demanded that we reduce the dosage, which we did. She was in quite severe pain, but that was the way she wanted it.

Many patients who are maintained in an obtunded state are maintained in that way at their own specific request. If they request that I not do that, then I would not do it. If they request it, then I do it.

**The Chairman:** The CMA was with us yesterday and they recommended that we recommend to the government the adoption of that recommendation of the Law Reform Commission. It is important that we all understand what everyone means when they are talking about palliative care.

**Dr. Buckman:** The Law Reform Commission was quite specific. They said that there is no way in which actively killing somebody can be regarded as legal in Canada. That was in 1986, I believe. They actually went on to say "nor should it be."

What we are considering at this point, if your feeling is that society would be interested in this, is a change in legislation to allow these acts not to be prosecuted as murder. At present, the Law Reform Commission says clearly that if anybody assists someone in dying, it is murder. Ten years on, we are saying that perhaps a special category should be created.

**Senator Desmarais:** From your experience in the U.K., do you know whether there are country-wide standards for palliative care?

**Dr. Buckman:** That is an excellent question, senator, and the answer is that there are no country-wide standards. There is a small but growing number of absolutely excellent, world-class places like St. Christopher's and St. Columbo's. Places such as Royal Marsden have palliative care units built in.

## [Traduction]

prescrire ne serait-ce qu'une seule injection de chlorure de potassium. Il s'agirait d'un geste fatal, et je ne pourrais nullement justifier cette ordonnance en disant que je pensais que cela pouvait aider le patient. Il s'agit tout simplement d'une injection mortelle. La limite est très très précise.

Actuellement, l'euthanasie est illégale au Canada. Nombre de médecins en soins palliatifs estiment que les patients dont la souffrance, mentale ou physique, est extrême souhaitent devenir inconscients. Beaucoup de mes patients me le demandent et me disent: «Quand le moment viendra, assurez-vous que je n'en aie pas connaissance». Je suis toujours d'accord. C'est une chose que j'accepte toujours de faire. Une chose qui est tout à fait légale, juste, décente et je sais exactement comment m'y prendre. Il s'agit en fait d'un substitut.

Je dois ajouter que, personnellement, je tiens beaucoup à ce qu'on tienne compte du point de vue du patient. Certains patients préfèrent souffrir plutôt que de devenir inconscients. J'avais une patiente qui était très perturbée parce qu'au fur et à mesure que ses doses d'analésique augmentaient, elle était insensibilisée et incapable de parler à ses visiteurs et à sa famille. Elle a en fait demandé que nous réduisions les doses, ce que nous avons fait. Elle souffrait énormément, mais nous avons agi comme elle l'a demandé.

Nombre de patients qui sont maintenus dans un état d'insensibilité le sont à leur demande précise. S'ils me demandent de ne pas les rendre inconscients, je ne le fais pas. S'ils le demandent, je le fais.

**La présidente:** Des représentants de l'Association médicale canadienne ont comparu devant nous hier et ils ont proposé que nous recommandions au gouvernement d'adopter cette recommandation de la Commission de réforme du droit. Il est important que nous comprenions tous ce que chacun entend par soins palliatifs.

**Le docteur Buckman:** La Commission de réforme du droit a été très précise. Elle a dit que le fait de tuer quelqu'un ne pouvait aucunement être considéré comme légal au Canada. C'était en 1986, je crois. La Commission est même allée jusqu'à dire «ni ne devrait être considéré».

Ce que nous étudions actuellement, si vous estimez que la société peut être d'accord, c'est la possibilité de modifier la loi de sorte que ces actes ne puissent faire l'objet de poursuites pour meurtre. Actuellement, la Commission de réforme du droit précise clairement que quiconque aide une autre personne à mourir est considéré comme un meurtrier. Dix ans plus tard, on dit qu'on pourrait peut-être créer une catégorie spéciale.

**Le sénateur Desmarais:** D'après votre expérience au Royaume-Uni, est-ce que vous savez s'il existe des normes nationales concernant les soins palliatifs?

**Le docteur Buckman:** C'est là une excellente question, sénateur, et la réponse est non. Il existe un petit nombre sans cesse croissant d'établissements excellents, de classe mondiale, comme le centre St. Christopher's et le centre St. Colombo's. Des endroits comme le Royal Marsden renferment des unités de soins palliatifs.



[Text]

However, there is no nationally-agreed standard although there is a move towards that. From England has emanated the *Oxford Textbook of Palliative Care Medicine* which is an attempt to describe what palliative care physicians should know and they probably do know it already.

The most important point in Sir Douglas Black's report in 1982 or 1983 was the inequalities in health care. In Britain, the differences in access to palliative care are the problem. It may be that if you live near St. Christopher's or St. Colombo's or near Edinburgh, you have access to excellent palliative care. However, 20 miles away, you may not have good access. Therefore, uniform standards of palliative care do not exist in England.

**Senator Desmarais:** If they do not have uniform standards, then they do not have accreditation for them so that a patient can go there and know that the palliative care he is receiving is good because he is in an institution which is supervised and well set up.

**Dr. Buckman:** That is absolutely correct. There is no accreditation. As regards the medical profession in Britain, palliative care does not exist as a subspecialty at this moment.

**The Chairman:** Dr. Buckman, thank you for your remarks. You have been most helpful to us.

We will hear now from Dr. Cohen. Please proceed.

**Dr. Howard Cohen, M.D., on his own behalf:** I will read my submission and then comment on it. We can then proceed to questions.

As background information, over the past 18 years I have practised medicine as a licensed family physician in Ontario. It has been my privilege to care for many, many terminally ill patients. This presentation is being made on behalf of many citizens who have approached me concerning rights of the terminally ill in Ontario. Extensive representation has also been made to the Ontario Medical Association, to the Government of the Province of Ontario and, recently, to the federal Minister of Health concerning the policies and procedures defining terminal and palliative care and the death and dying process.

The Senate committee rightfully acknowledges the lack of a clear consensus in defining "euthanasia" and "assisted suicide". It is very important for the Senate committee to be aware that there is also no clear consensus on defining terminal and palliative care. Care of the terminally ill ultimately leads to the final decision-making process which may involve euthanasia and assisted suicide. In Ontario, there are currently policies and procedures which severely restrict terminal and palliative care. This presentation will focus on these restrictions and their importance.

[Traduction]

Cependant, il n'existe aucune norme nationale bien que l'on note une certaine tendance en ce sens. C'est en Angleterre qu'a été élaboré le *Oxford Textbook of Palliative Care Medicine* qui décrit ce que devraient savoir les médecins de soins palliatifs et ils le savent déjà probablement.

Le point le plus important du rapport de sir Douglas Black rédigé en 1982 ou 1983, c'étaient les inégalités dans les soins de santé. En Grande-Bretagne, le problème, ce sont les différences dans l'accès aux soins palliatifs. Si vous vivez près de St. Christopher's ou près de St. Colombo's ou près d'Édimbourg, vous avez accès à d'excellents soins palliatifs. Cependant, 20 milles plus loin, l'accès sera peut-être difficile. Par conséquent, des normes uniformes concernant les soins palliatifs n'existent pas en Angleterre.

**Le sénateur Desmarais:** S'il n'y a pas de normes uniformes, alors, il n'existe pas d'accréditation permettant à un patient d'aller à tel endroit et de savoir que les soins palliatifs qu'il recevra sont de bons soins parce qu'il est dans un établissement qui est supervisé et bien établi.

**Le docteur Buckman:** Tout à fait juste. Il n'y a pas d'accréditation. En ce qui concerne la profession médicale en Grande-Bretagne, les soins palliatifs ne constituent pas une sous-spécialité actuellement.

**La présidente:** Docteur Buckman, je vous remercie beaucoup de votre témoignage, vous nous avez été très utile.

Nous allons maintenant entendre le docteur Cohen. Je vous cède la parole, docteur Cohen.

**Le docteur Howard Cohen, à titre personnel:** Je vais lire mon mémoire et faire des observations ensuite. Vous pourrez alors me poser des questions.

Je suis médecin de famille depuis 18 ans, je pratique en Ontario et j'ai eu le privilège de traiter un grand nombre de malades en phase terminale. Je présente donc ce document au nom des nombreuses personnes qui m'ont consulté au sujet des droits des malades en phase terminale en Ontario. D'imposantes démarches ont également été faites auprès de l'*Ontario Medical Association*, du gouvernement de cette province et de la ministre fédérale de la Santé à propos des politiques et des procédures qui définissent les soins à l'étape terminale de la maladie, les soins palliatifs, la mort et le processus d'extinction.

Le comité sénatorial reconnaît à juste titre qu'il n'y a pas d'unanimité sur la définition de l'«euthanasie» et du «suicide assisté». Il est très important qu'il reconnaisse aussi qu'on ne s'entend pas clairement pour définir en quoi consistent les soins à l'étape «terminale» de la maladie et les soins «palliatifs». Le traitement des malades en phase terminale finit toujours par aboutir à l'exercice d'un choix définitif pouvant mettre en cause l'euthanasie ou le suicide assisté. En Ontario, il existe actuellement des politiques et des procédures qui limitent rigoureusement les soins à l'étape terminale de la maladie et les soins palliatifs. Le présent document a pour objet de mettre ces restrictions en relief et de souligner leur importance.



[Text]

Physician services are clearly defined in the *Schedule of Benefits for Physician Services*, a Government of Ontario publication. I am showing it to you, and it defines, this year, \$3.8 billion worth of services. Physicians who do not follow the precise rules outlined in the *Schedule of Benefits* are subject to rigid scrutiny and prosecution.

The policy defining care of the terminally ill can be found on page xii:

Palliative Care Assessment: is any routine assessment by one designated physician responsible for the care of a terminally ill patient suffering from malignant disease, after the decision has been made that no aggressive treatment of the underlying disease process and that care is to be directed to maintaining the comfort of the patient until death occurs.

Palliative care should be claimed retroactively after death on the basis of visits actually rendered for a period not to exceed four weeks prior to death...

The schedule gives appropriate coding for palliative care in the hospital, in chronic hospitals, in nursing homes and homes for the aged.

The policy defining palliative care clearly recognizes those dying only of malignant disease. However, "malignant" has not been defined despite repeated requests to the Minister of Health in Ontario and to the Ontario Medical Association. This policy most definitely does not recognize those dying of non-malignant disease. We believe that all terminally ill patients have the right to palliative care. We are distressed by the Government of Ontario funding a policy it cannot define.

It is difficult for caregivers to know when a patient will die. By definition, care given to a patient dying of malignant disease greater than four weeks prior to death would not be recognized as palliative care. We believe that palliative care is being artificially and unrealistically restricted by this time interval and that it should start when it is appropriate for each individual patient.

The definition of palliative care applies only to care rendered in the institutional setting. Unfortunately, care of the terminally ill in the home or community is not acknowledged by the Government of Ontario as a service rendered. We believe that all patients should have the right to comprehensive palliative care in whatever location is appropriate.

The policy defining "Counselling of Relatives on behalf of a Catastrophically or Terminally Ill Patient" is listed on page xv of the preamble:

[Traduction]

Les services des médecins sont clairement définis dans une publication du gouvernement de l'Ontario qui expose le barème de leurs honoraires. La facturation qui se fait selon ce barème dépasse les trois milliards de dollars par année. Les médecins qui ne suivent pas rigoureusement les règles exposées dans ce document s'exposent à être surveillés de très près et à faire l'objet de poursuites.

La politique qui définit les soins des malades en phase terminale se trouve à la page xii de ce document. Elle prévoit que:

L'évaluation des soins palliatifs est comme toute évaluation de routine que fait le médecin responsable du traitement d'un malade en phase terminale qui souffre d'une affection maligne après que la décision a été prise de n'administrer aucun traitement énergique de l'affection sous-jacente et de prodiguer les soins dans le but de soulager le malade jusqu'à ce qu'il meure.

La demande de règlement des frais pour les soins palliatifs doit être faite rétroactivement après le décès selon le nombre réel de visites effectuées pendant une période n'allant pas au-delà de quatre semaines avant le décès, et ainsi de suite.

Le document donne une codification des soins palliatifs offerts à l'hôpital, dans les unités de soins de longue durée, dans les maisons de santé et dans les foyers pour personnes âgées.

La politique qui définit les soins palliatifs ne s'intéresse qu'à ceux qui meurent d'une affection maligne. Par ailleurs, le terme «malin, maligne» n'a jamais été défini, malgré les demandes répétées qui ont été faites au ministre ontarien de la Santé. De toute évidence, cette politique ne tient aucun compte des personnes qui meurent d'une affection bénigne. Nous croyons que tous les malades en phase terminale ont le droit de recevoir des soins palliatifs. Nous sommes bouleversés à l'idée que le gouvernement de l'Ontario finance la mise en oeuvre d'une politique qu'il n'arrive pas à définir.

Les personnes soignantes ont du mal à savoir quand un malade va mourir. Par définition, les soins prodigués à un malade qui se meurt d'une affection maligne plus de quatre semaines avant sa mort n'entrent pas dans la catégorie des soins palliatifs. Nous estimons que ce délai limite artificiellement et de façon non réaliste les soins palliatifs et que ces soins doivent être administrés dès que l'exige la condition de chaque patient.

La définition de l'expression «soins palliatifs» ne s'applique qu'aux soins prodigués dans un environnement que l'on peut qualifier d'institution. Fort malheureusement, les soins administrés à la maison ou au sein de la communauté à un malade en phase terminale ne sont pas reconnus par le gouvernement de l'Ontario comme un service rendu. Nous sommes d'avis que tous les patients doivent avoir droit à des soins palliatifs complets, peu importe le lieu où sont administrés ces soins.

La politique définissant les séances de counselling à l'intention des parents pour le compte d'un patient souffrant d'une maladie invalidante ou fatale est exposée à la page xv du préambule. Elle porte:



## [Text]

...is distinct from psychotherapy and is that form of activity in which the physician engages in an educational dialogue with the relative(s), on an individual or group basis where the goal of the physician and relative(s) is to become aware of the modalities for treatment and/or prognosis. It must be a booked, separate appointment in the office or institution and billed under the patient's Health Insurance Number. It only applies to relatives of catastrophically or terminally ill patients.

If these same relatives are counselled in the patient's home, this service is not recognized or valued. This is an important restriction for community-based physicians.

How do these policies and procedures which currently exist in Ontario affect patient care. Let us analyze the Sue Rodriguez case. Sue Rodriguez, if she had lived in Ontario, would not have qualified for palliative or terminal care by a community-based family physician for the following reasons.

One, Sue Rodriguez was dying of a non-malignant disease. Second, Sue Rodriguez wished to be cared for and to die at home. Third, Sue Rodriguez asked that her death be dealt with on a pro-active and not a reactive basis. Mrs. Rodriguez would have faced the four-week retroactive limitation in Ontario defining palliative care.

It is our hope that all dying patients should have the right to palliative care, not just those dying of malignant disease, at a time when palliative care is deemed appropriate, not just four weeks retroactive of death, and at any location where it is appropriate, not just in the institution or office setting.

We believe that the current policies in Ontario, as defined in this Government of Ontario publication, discriminate on the basis of person, time, and location. We also believe that the current policies breach the universality provisions of the Canada Health Act, as well as the Ontario Human Rights Act and the Charter of Rights and Freedoms.

The restrictions which I have outlined deeply underscore the lack of comprehensive policies defining death and the dying process in Ontario and in Canada. They also force community-based physicians, such as myself, to look to alternatives which we normally oppose. Specifically, I have not witnessed or directly participated in a doctor-assisted suicide or act of euthanasia. However, given the present hopeless situation defining terminal and palliative care in Ontario, I would not criticize my patients should they elect to follow the path of doctor-assisted suicide and/or euthanasia.

## [Traduction]

[...] qu'elles doivent être distinctes de la psychothérapie et constituer une activité où le médecin amorce un dialogue à caractère éducatif avec le ou les parents (dans ce dernier cas, seul à seul ou en groupe) afin que les deux parties prennent connaissance des modalités de traitement ou du pronostic. La rencontre doit faire l'objet d'un rendez-vous à part au cabinet du médecin ou à l'institution du malade et la facturation doit être faite à l'aide du numéro d'assurance-maladie du patient. Cette mesure n'est valable que pour les parents d'une personne qui souffre d'une maladie invalidante ou fatale.

Si ces mêmes parents ont une rencontre de counselling au domicile du malade, le service n'est pas reconnu et est sans valeur. Voilà une restriction importante pour les médecins qui oeuvrent au sein d'organismes communautaires.

De quelle façon les politiques et les procédures actuellement en vigueur en Ontario ont-elles une incidence sur les soins aux malades? Voyons le cas de Sue Rodriguez. Si Sue Rodriguez avait vécu en Ontario, elle n'aurait pas pu recevoir, dans le cadre d'un programme communautaire, des soins palliatifs ou des soins prodigués à l'étape terminale d'une maladie pour les raisons suivantes:

Premièrement, Sue Rodriguez était atteinte d'une maladie bénigne; deuxièmement, Sue Rodriguez voulait être soignée et mourir à la maison; troisièmement, Sue Rodriguez souhaitait que sa mort revête un caractère proactif plutôt que réactionnel. Elle aurait eu à composer avec la limite rétroactive de quatre semaines qui est prévue en Ontario pour les soins palliatifs.

Ce que nous voulons, c'est que tous ceux qui souffrent d'une maladie fatale aient droit à des soins palliatifs (pas seulement ceux qui sont atteints d'une affection maligne) au moment même où ces soins sont jugés appropriés (pas seulement quatre semaines avant le décès) et peu importe le lieu où ces soins seront prodigués, pas seulement dans une institution ou au cabinet du médecin.

Nous estimons que les politiques ontariennes, dans leur version actuelle, sont discriminatoires à l'égard de la personne, de la période des soins et du lieu où les soins sont administrés. Nous sommes d'avis que les politiques actuelles enfreignent les dispositions de la Loi canadienne sur la santé qui portent sur l'universalité. Nous croyons également que ces politiques sont contraires à la Loi ontarienne des droits de la personne et à la Charte des droits et libertés.

Les restrictions que je viens d'énumérer font grandement ressortir l'absence de politiques exhaustives qui définiraient la mort et le processus d'extinction en Ontario et au Canada. Elles obligent également les médecins qui oeuvrent au sein de programmes communautaires, comme moi-même, à trouver des solutions de rechange que nous contestons normalement. D'une manière explicite, je n'ai jamais été témoin d'un suicide assisté ou d'un acte d'euthanasie et je n'ai jamais participé directement à une manœuvre de ce genre. Cependant, étant donné la situation désespérée des soins administrés en phase terminale et des soins palliatifs en Ontario, je ne saurais critiquer mes patients qui choisiraient la voie du suicide assisté ou de l'euthanasie.



## [Text]

In conclusion, we hope this presentation will sensitize the Senate committee to the issues of terminal and palliative care which ultimately lead up to the decision-making process resulting in dying. It is extremely important that proper attention be given to the policies defining terminal and palliative care and the death and dying process, as well as euthanasia and assisted suicide.

If the current policies such as those which exist in Ontario are left unchallenged, then physicians such as myself have no option but to support euthanasia and assisted suicide even though we are normally opposed to these procedures. On the other hand, if the current policies and procedures defining terminal and palliative care are brought into line with our perceived protections under the Canada Health Act, the Ontario Human Rights Act and the Charter of Rights and Freedoms, then physicians and other health care professionals will be able to work with dying patients and their family and friends so as to minimize the need for euthanasia and assisted suicide.

There is a need for precision in how we define our policies. This precision will also help re-focus the public perception that death is painful. Most deaths are not painful and/or do not have intractable pain as a significant component. Death is a natural process and can be a time of great compassion and love. It can bring people together and it can divide people. Death can also generate huge costs to the system when patients and/or their advocates receive care that is beyond their wishes.

This presentation has argued for the need of better policies defining palliative and terminal care and the death and dying process in Canada. I know of no other jurisdiction in the world which defines terminal and palliative care as currently exists in Ontario in this official document.

My only wish is that the terminally ill be treated with greater compassion and respect and that governments listen to what the terminally ill are asking of us.

The closing is a photograph of the title of this Government of Ontario manual, specific references to the palliative care assessment, the counselling assessment, and then a letter received from Dr. Mackenzie on behalf of the Minister of Health in Ontario.

I would like to move on and comment on some of the details in my brief. My interest in caring for the terminally ill dates back to the early 1970s when I was a medical student at the University of Toronto. I received a scholarship to do a comparative study of the patterns of delivery of community health care in Quesnel, B.C., Timmins, Ontario, and Glace Bay, Nova Scotia with a small city of similar size, Carlisle, in northern England.

## [Traduction]

Enfin, nous espérons que ce document sensibilisera les membres du comité spécial à la question des soins administrés en phase terminale et des soins palliatifs qui finit par aboutir à l'exercice d'un choix entraînant la mort. Il est impératif de se pencher très attentivement sur les politiques qui définissent les soins prodigués en phase terminale et les soins palliatifs, la mort et le processus d'extinction, ainsi que l'euthanasie et le suicide assisté.

Si les politiques en vigueur en Ontario sont maintenues dans leur version actuelle, les médecins, dont je suis, n'auront d'autre choix que d'appuyer l'euthanasie et le suicide assisté, même si ce sont des procédures que nous contestons normalement. Par ailleurs, si les politiques et procédures définissant ces soins sont révisées dans l'optique des mesures de protection recherchées en vertu de la Loi canadienne sur la santé, de la Loi ontarienne des droits de la personne et de la Charte des droits et libertés, les médecins et les autres professionnels de la santé seront en mesure de faire leur travail auprès des mourants, de leur famille et leurs amis de manière à minimiser le recours à des solutions comme l'euthanasie et le suicide assisté.

Des précisions s'imposent dans la définition de nos politiques afin de rétablir la perception qu'ont les gens de la mort, c'est-à-dire que celle-ci est douloureuse. La plupart des morts ne sont pas douloureuses ou ne s'accompagnent pas d'une douleur persistante. La mort est un processus naturel et peut être un moment de compassion et d'amour. Elle peut réunir les gens ou les séparer. La mort peut aussi entraîner des coûts énormes pour le système lorsque les malades bénéficient de soins au-delà de leurs désirs ou de ceux de leurs mandataires.

Cet exposé avait pour objet de faire valoir la nécessité de politiques qui définiraient clairement les soins administrés en phase terminale et les soins palliatifs, la mort et le processus d'extinction au Canada. Je ne connais aucun autre gouvernement au monde qui définit toutes ces notions comme le fait actuellement le gouvernement de l'Ontario.

Ce que je désire vraiment, c'est que les malades en phase terminale soient traités avec plus de compassion et de respect et que les gouvernements les écoutent lorsqu'ils expriment leurs besoins.

Ce que vous voyez en gros, c'est le titre de ce manuel du gouvernement de l'Ontario, où on fait référence précisément à l'évaluation des soins palliatifs, à l'évaluation du counselling, ainsi qu'à une lettre du docteur Mackenzie qui nous écrit de la part de la ministre de la Santé de l'Ontario.

J'aimerais poursuivre et faire quelques commentaires sur certains points de mon mémoire. Mon intérêt pour les soins donnés aux malades en phase terminale remonte au début des années 1970 lorsque j'étais étudiant en médecine à l'Université de Toronto. J'avais reçu une bourse pour faire une étude comparative de la prestation des soins communautaires à Quesnel, en Colombie-Britannique, Timmins en Ontario et Glace Bay en Nouvelle-Écosse et dans une petite ville de taille semblable, Carlisle, dans le nord de l'Angleterre.

## [Text]

I was impressed by the simplicity and compassionate cost-effective manner by which terminal care was administered in England and in the home and community setting. I was awarded a scholarship for this summer job. This formed the basis for my special interest in this area of medicine when I established my family practice in Ottawa in 1976.

In the early 1980s, I did an internal audit and review of my practice in assessing my methods of caring for the terminally ill. Two items became very apparent. One, there was an enormous time and energy commitment to caring for the terminally ill in the home setting. This was offset by the satisfaction of having patients die, in peace, under their own conditions.

Secondly, by treating patients in their homes I was able to reduce the amount of pain medication and the amount of overall medication. Some of those findings were presented to the commission on pharmaceutical use in Ontario in 1989. I felt that this was cost-effective medicine. Approximately 59 per cent of the patients in my large family practice who died would do so in the home setting and 41 per cent would die in the institutional setting.

The Ontario Medical Association came out with the first definition of the policies defining palliative care in 1988. The definitions have undergone some minor wording changes over the past six years, but their main substance has not changed. We have had to live with it this long. The OMA drafts its *Schedule of Benefits* and attaches a relative fee value. The wording of the OMA is essentially transferred over to the government or the OHIP *Schedule of Benefits* with a different fee value given to each service. I quit the OMA in 1988 out of protest to the definitions of terminal and palliative care, which appeared in this manual entitled *Schedule of Benefits, Physician Services under the Health Insurance Act*.

In 1991, the NDP government signed a framework agreement with the Ontario Medical Association. The Rand formula was invoked and all physicians in Ontario were forced to join the OMA. I made my views known clearly to the various ministers of health in Ontario and to Bob Rae directly. Indeed, a verbal agreement was reached with Dr. Mackenzie of the Ministry of Health that the policies defining terminal and palliative care would be changed. This took place following a telephone conversations with Dr. Mackenzie in October 1992. I was asked to sit back for one year and things would happen.

Well, two years have gone by and nothing has happened. As of September 26, 1994, I have received a letter from the Minister of Health in Ontario wherein she states that she is "quite concerned with the issue", but nothing further has been done.

I was asked a few questions concerning my brief. Are the definitions of the policies found in the *Schedule of Benefits* representative of all Government of Ontario policies for the

## [Traduction]

J'ai été impressionné par la simplicité, l'efficacité et la compassion dans la prestation des soins prodigués aux malades en phase terminale en Angleterre, tant à domicile que dans les hôpitaux. J'ai obtenu une bourse pour ce travail spécial. Quand j'ai établi ma pratique familiale à Ottawa en 1976, c'est cette expérience qui a façonné mon intérêt bien spécial pour ce secteur de la médecine.

Au début des années 1980, j'ai procédé à une vérification et à un examen internes de ma pratique pour évaluer les soins que je prodiguais aux malades en phase terminale. Deux éléments me sont apparus très évidents. Premièrement, je me suis rendu compte que je consacrais énormément de temps et d'énergie aux soins des malades en phase terminale à domicile. Par contre, je retirais la satisfaction de voir mes patients mourir en paix, et selon leurs propres désirs.

Deuxièmement, en traitant les patients dans leur foyer, j'étais capable de réduire la médication contre la douleur ainsi que la médication dans son ensemble. Certaines de ces conclusions ont été présentées à la commission sur l'utilisation des produits pharmaceutiques de l'Ontario en 1989. À mon avis, c'était là une médecine rentable. Environ 59 p. 100 des patients de ma vaste pratique familiale qui mouraient le faisaient à la maison et 41 p. 100 dans les hôpitaux.

L'Ontario Medical Association a proposé une première définition des politiques concernant les soins palliatifs en 1988. Le libellé de ces définitions a été légèrement modifié au cours des six dernières années, mais le fond est demeuré le même. Nous devons nous en accommoder depuis ce temps-là. L'OMA établit son barème des honoraires et fixe une valeur relative pour les services. Essentiellement, la définition de l'OMA est reprise par le gouvernement de l'Ontario ainsi que dans le barème des droits de l'OHIP et on accorde une valeur différente à chacun des services. J'ai quitté l'OMA en 1988 pour protester contre les définitions des soins palliatifs et en phase terminale, qui figuraient dans ce manuel intitulé *Schedule of Benefits, Physician Services under the Health Insurance Act*.

En 1991, le gouvernement NPD a signé un accord-cadre avec l'Ontario Medical Association. On a invoqué la formule Rand et forcé tous les médecins de l'Ontario à devenir membres de l'OMA. J'ai clairement fait connaître mon opinion aux divers ministres de la Santé de l'Ontario et à M. Bob Rae lui-même. En fait, une entente verbale a été conclue avec le docteur Mackenzie au nom de la ministre de la Santé, entente selon laquelle les politiques définissant les soins en phase terminale et les soins palliatifs seraient changées. Cette entente a été conclue après une conversation téléphonique avec le docteur Mackenzie en octobre 1992. On m'a demandé de rester tranquille un an en attendant que les choses changent.

Eh bien, deux ans ont passé et rien n'a changé. Le 26 septembre 1994, j'ai reçu une lettre de la ministre de la Santé de l'Ontario dans laquelle elle se dit «très préoccupée par la question», mais rien d'autre n'a été fait.

On m'a posé quelques questions au sujet de mon mémoire. Est-ce que les définitions des politiques qui se trouvent dans la *Schedule of Benefits* sont représentatives de toutes les politiques



## [Text]

terminally ill? The answer, I hope, is no, but certainly the Government of Ontario does not make clearly visible its policies and definitions for the care of the terminally ill. We should not assume that Ontario has policies governing death and dying. If we assume that the NDP government has a set of policies to cover all dying patients, why is it that a government funds doctors and their patients in such a restrictive manner with public moneys? It is crucial that we establish strong, consistent and fair policies for all.

The *Schedule of Benefits* is a Government of Ontario publication. The government is ultimately responsible for its contents no matter what complicated set of agreements the government has entered into. The dying patient does not care about framework agreements. What you see is what you get in here.

Let us move on to another question. Has a physician ever actually billed for counselling of relatives of a terminally ill patient dying in the home setting contrary to the specific guidelines found in the *Schedule of Benefits*? The question is: Has a physician done precisely billed for a service that he rendered in the home precisely as if it were done in the institution or in the office setting.

I will not tell you who has done it, but it has been done. As of Monday of this week we phoned the fraud investigation unit for OHIP and we went high up. I have the number of the physician. I asked him: "What is the Ministry of Health's approach to such a billing practice?" It was made clear to me that it was against the law. What is in the *Schedule of Benefits* is precisely what is in there and they will administer it as such. Any physician doing that will be subject to full disciplinary review. It was spelled out. The process will start on an individual basis and go all the way up through the medical review committee. It will be administered to the letter of the law as it is contained in this booklet.

It is interesting to think about this for a second from my angle. I am a community physician and am oriented to caring for people in the home setting. I cannot help but sit back and scratch my head a bit and say that on the one hand we have Sue Rodriguez who was assisted in her death by a physician in British Columbia and that physician received a full pardon by the Minister of Justice, Mr. Roch.

On the other hand, we have physicians in Ontario who go by the letter of the law and have strict protocols. We go to the home and counsel in the home and bill precisely what it is we have done, but we will be subject to disciplinary review, no ifs, ands or buts. That is the way it is. It is a pathetic situation.

The dying process spans a spectrum with assisted suicide and euthanasia being at the end of the decision-making process in determining how patients die. I see death even before conception

## [Traduction]

du gouvernement de l'Ontario en ce qui concerne les malades en phase terminale? La réponse, j'espère, c'est non, mais il est certain que le gouvernement de l'Ontario ne précise pas clairement ses politiques et définitions concernant les soins accordés aux malades en phase terminale. On ne devrait pas supposer que l'Ontario a des politiques régissant la mort et le mourir. En supposant que le gouvernement NPD a établi un ensemble de politiques touchant tous les patients en phase terminale, pourquoi rémunère-t-il les médecins et finance-t-il leurs patients de façon aussi restrictive à l'aide des deniers publics? Il est crucial que nous établissions des politiques solides, cohérentes et équitables pour tous.

Le *Schedule of Benefits* est une publication du gouvernement de l'Ontario. Le gouvernement est responsable de son contenu, peu importe les ententes compliquées qu'il peut avoir signées. Le patient qui est en train de mourir se fiche des accords-cadres. Ce document ne va pas au-delà de ce qu'il contient.

Passons maintenant à une autre question. Est-ce qu'un médecin a déjà facturé des honoraires pour le counselling de parents d'un malade en phase terminale demeuré à la maison contrairement à ce que prévoient les lignes directrices précises du *Schedule of Benefits*? La question est la suivante: Est-ce qu'un médecin a déjà facturé un service rendu à la maison comme s'il s'agissait d'un service rendu dans un établissement ou dans son cabinet?

Je ne vous dirai pas qui a déjà fait cela, mais c'est déjà arrivé. Lundi de cette semaine, nous avons téléphoné à l'unité des enquêtes sur les fraudes de l'OHIP et nous avons remonté la filière. J'ai le numéro du médecin. Je lui ai demandé: «Quelle est l'approche du ministère de la Santé à l'égard d'une telle pratique de facturation?» On m'a répondu clairement que c'était illégal. Les dispositions du *Schedule of Benefits* sont claires et on va les appliquer. Tout médecin qui agit en contravention fera l'objet d'un examen disciplinaire complet. C'est écrit noir sur blanc. On va d'abord procéder de façon individuelle et remonter toute la filière jusqu'au comité de révision médicale. On va appliquer la loi à la lettre tel que le prévoit le document.

Je crois qu'il est intéressant, pour une seconde, de réfléchir à cette question de mon propre point de vue. Je suis un médecin communautaire et je tiens à donner des soins aux gens à la maison. Je ne peux m'empêcher de me poser des questions et de voir que d'une part, un médecin de Colombie-Britannique a aidé Sue Rodriguez à mourir et que le médecin a reçu le pardon du ministre de la Justice, M. Rock.

D'autre part, il y a des médecins en Ontario qui respectent la loi à la lettre et qui suivent un protocole très sévère. Nous allons à domicile conseiller les gens et nous leur facturons précisément le service rendu, mais nous risquons l'examen disciplinaire, peu importe les arguments invoqués. C'est ainsi que les choses se passent. La situation est pathétique.

Le processus du mourir est un processus où le suicide assisté et l'euthanasie peuvent être l'aboutissement de la décision visant à déterminer comment les patients meurent. Je fais face à la mort

*[Text]*

occurs. As Mr. Levy knows, just before coming in here I delivered a baby. It was a bit of a scramble, but I made it.

In my family practice I still deliver babies. Several of my patients over the past year have been in the position of contemplating becoming pregnant while at the same time having to care for a dying parent. This is a common problem. They are tired and wonder how they can care for a newborn and themselves at the same time of having the onerous responsibility of meeting the needs of a dying parent. I listen, but nothing brings a dying parent greater joy and meaning to life and death than to see and hold a newborn.

Family physicians deal with the whole spectrum of death from first trimester miscarriages and abortions all the way to caring for elders beyond 100 years of age. We care for all types of deaths, not just cancer deaths. We deal with life and death issues in their entirety.

I respect all my patients. I listen to them carefully. I do not have easy answers to some of the difficult questions that are raised, but at least an element of openness and willingness to discuss the issues of death and dying is established. It is inappropriate for me as a physician to force my ethical views on a patient or a given situation.

I have difficulty accepting the recently adopted dogmatic stance of the Canadian Medical Association. I respect those who have died by euthanasia and assisted suicide. Although I have not actively participated in or witnessed assisted suicide or euthanasia, I have been asked on at least one occasion to comment on a patient's death by these means by a local coroner. I will not discriminate.

In my practice, issues of death and dying arise on a daily basis. There is a continuity of care which facilitates greatly the ultimate decision-making process in determining how patients will die. A trust develops over time. This trust, when integrated with a keen awareness of community resources, can help prevent such events as the recent mercy killing in the *Latimer* case. Perhaps one can appreciate why family physicians value so highly the concept of continuity of care and resist the trend to fragment primary health care which is currently taking place. This is not an easy concept to articulate, and we as physicians have not been good at letting the public know our views and their importance to us and to the community we serve, but it is important in this area of medicine in society.

In my brief, I have shown some of the important flaws that can be found in existing public policies. There is also a serious lack of good quality research and how we approach death and dying in Canada. Your task as a Senate committee would have been a lot

*[Traduction]*

avant même que la conception n'intervienne. Comme M. Levy le sait, juste avant de venir ici, j'ai fait un accouchement. Les choses ont été assez difficiles, mais nous y sommes arrivés.

Dans ma pratique familiale, je fais encore des accouchements. L'an dernier, plusieurs de mes patientes se trouvaient en situation de penser devenir enceintes tout en devant donner des soins à un parent mourant. C'est là un problème courant. Ces femmes sont fatiguées et se demandent comment elles peuvent prendre soin d'un nouveau-né et d'elles-mêmes tout en ayant la difficile responsabilité de s'occuper d'un parent mourant. Je les écoute, mais rien ne donne une plus grande joie à un parent mourant et un plus grand sens à la vie et à la mort que de voir et de tenir dans ses bras un nouveau-né.

Les médecins de famille voient toutes les facettes de la mort, de la fausse couche des trois premiers mois, à l'avortement jusqu'aux soins à donner aux personnes âgées de 100 ans ou plus. Nous nous occupons de tous les types de morts, pas seulement des morts par cancer. Nous faisons face à la vie et à la mort dans leur intégralité.

Je respecte tous mes patients. Je les écoute attentivement. Je n'ai pas de réponses faciles à certaines des difficiles questions qu'on me pose, mais au moins je suis ouvert et j'accepte de discuter des questions entourant la mort et le mourir. Il n'est pas souhaitable, en tant que médecin, que j'impose mes opinions en matière d'éthique à un patient ou dans une situation donnée.

J'ai de la difficulté à accepter la position dogmatique qu'a adoptée récemment l'Association médicale canadienne. Je respecte ceux qui ont opté pour l'euthanasie et le suicide assisté. Bien que je n'aie pas activement participé à un suicide assisté ou à un acte d'euthanasie ou été témoin d'une telle procédure, le coroner d'une région m'a demandé au moins une fois de faire des commentaires sur la mort d'un patient qui avait recouru à un de ces moyens. Je ne fais pas de différence.

Dans ma pratique, j'ai à faire face tous les jours aux questions entourant la mort et le mourir. La continuité des soins facilite grandement le processus décisionnel final pour déterminer comment le patient va mourir. La confiance se développe avec le temps. Et cette confiance, lorsqu'elle s'intègre à une bonne connaissance des ressources communautaires, peut empêcher des événements comme le récent meurtre par compassion commis dans l'affaire *Latimer*. Peut-être peut-on alors comprendre pourquoi les médecins de famille accordent une telle importance au concept de la continuité des soins et s'opposent à la tendance actuelle de fragmentation des soins de santé primaires. Cela n'est pas un concept facile à préciser, et nous, en tant que médecins, n'avons pas très souvent fait connaître notre opinion au public, l'importance que ce public a pour nous et pour la collectivité que nous servons, mais il est important que nous agissions ainsi dans ce domaine de la médecine.

Dans mon mémoire, j'ai fait ressortir certaines des lacunes importantes que l'on trouve dans les politiques gouvernementales actuelles. Il y aussi une absence grave de recherches de qualité, notamment sur la façon d'aborder la mort et le mourir au Canada.



[Text]

easier if these deficiencies did not exist. Strong leadership will be necessary to correct these problem areas.

The Minister of Justice has specifically asked this committee to address euthanasia and assisted suicide. I hope that my presentation has shown the need to see euthanasia and assisted suicide not as isolated acts but as part of the overall death and dying process.

Thank you for the opportunity to present my views. I wish to congratulate you, as a committee, for a job well done.

**The Chairman:** Before I ask for some questions, will you clarify one small area of your presentation for me? In talking about the definition of palliative care assessment as outlined in the schedule of fees, you say that this excludes community-based doctors.

I am not clear what that means. Is this any doctor that is not affiliated with a hospital? Is that how you are using the term? How do you find that they are being excluded by this definition?

**Dr. Cohen:** A community-based physician is one who treats in the home setting. The schedule is specific that it be rendered in the institution or office. The office is outside the institution, so it is part of the community. My specific interest lies specifically in treating in the home setting. That service is definitely excluded. Hence, by "community" in this instance I mean the home setting.

**The Chairman:** You are talking about the actual treatment or provision of services.

**Dr. Cohen:** That is right.

**Senator Corbin:** I wish to put a question to you, Madam Chairman.

**The Chairman:** Yes.

**Senator Corbin:** Within our mandate, how can we handle a matter like this in our report? Can we relate to this question in our report in that it arises from the provincial jurisdiction? I am quite sympathetic to the points that you are making, Dr. Cohen.

**The Chairman:** It comes under the umbrella of palliative care and how we address that. This is something that the committee will have to discuss. Dr. Cohen, you may have seen the brief from the OMA.

**Dr. Cohen:** No, I have not.

**The Chairman:** It is probably not printed yet, but this subject is alluded to in there. We will be able to refer to it if it seems appropriate to the committee as a whole when the time comes.

**Senator Corbin:** I have a difficulty with you. You disappoint me and I will tell you why. On page 5 you state that if the current policies such as exists in Ontario are left unchallenged, then

[Traduction]

Votre tâche, en tant que comité sénatorial, aurait été beaucoup plus facile si ces lacunes n'avaient pas existé. Il faudra faire preuve de beaucoup de détermination pour les corriger.

Le ministre de la Justice vous a précisément demandé d'étudier l'euthanasie et le suicide assisté. J'espère que mon témoignage aura permis de faire ressortir la nécessité de voir l'euthanasie et le suicide assisté non pas comme des actes isolés mais comme des éléments s'intégrant au processus global de la mort et du mourir.

Je vous remercie de m'avoir donné la possibilité de faire connaître mon opinion. Je tiens à vous féliciter, mesdames et messieurs les membres du comité, pour votre bon travail.

**La présidente:** Avant que je ne donne la parole aux sénateurs qui souhaitent vous poser des questions, est-ce que vous pourriez clarifier un petit élément de votre témoignage pour moi? Lorsque vous parlez de la définition de l'évaluation des soins palliatifs telle qu'elle est décrite dans le barème des honoraires, vous dites que cela exclut les médecins communautaires.

Je ne suis pas certaine de comprendre ce que cela veut dire. S'agit-il de tout médecin qui n'est pas affilié à un hôpital? Est-ce dans ce sens que vous utilisez le terme? Comment savez-vous qu'ils sont exclus par cette définition?

**Le docteur Cohen:** Un médecin communautaire est un médecin qui traite les patients chez eux. Dans le barème des honoraires, on indique précisément que les services doivent être fournis dans un établissement ou au cabinet du médecin. Le bureau est à l'extérieur de l'établissement, donc il fait partie du milieu. Ce qui m'intéresse particulièrement, c'est de traiter les gens à domicile. Et ce service est absolument exclu. Ainsi, par «médecin communautaire», dans ce cas, je parle des médecins qui vont à la maison.

**La présidente:** Vous parlez des traitements ou de la prestation des services.

**Le docteur Cohen:** C'est juste.

**Le sénateur Corbin:** J'aimerais vous poser une question, madame la présidente.

**La présidente:** Oui.

**Le sénateur Corbin:** Pour respecter notre mandat, comment pouvons-nous traiter une question comme celle-là dans notre rapport? Pouvons-nous dire que cela relève de la compétence des provinces? Je suis assez sympathique à vos points de vue, docteur Cohen.

**La présidente:** La question concerne la notion de soins palliatifs et la façon dont nous l'abordons. C'est là une chose que le comité devra discuter. Docteur Cohen, vous avez peut-être pris connaissance du mémoire de l'OMA.

**Le docteur Cohen:** Non.

**La présidente:** Il n'est probablement pas imprimé encore, mais on y fait allusion à cette question. Nous allons pouvoir nous y reporter si le comité le juge approprié au moment voulu.

**Le sénateur Corbin:** Votre position me gêne. Vous me décevez et je vais vous dire pourquoi. À la page 5, vous dites que si les politiques actuelles de l'Ontario ne sont pas remises en question,

[Text]

physicians such as yourself have no option but to support euthanasia and assisted suicide, even though we are normally opposed to these procedures. You are pouting in your corner when you say that. I do not for one instant believe that you mean that.

**Dr. Cohen:** No. I am a practical trench physician. You are entering the trenches when you hear it from me, but when I go out there what I see is not a pretty scene for how we care for people in the home and in the community. I have been in a situation where things have gone bad and people have asked me "Why?". It has not been pretty. I am not afraid now to go there, open up the *Schedule of Benefits* book and read it with them.

I have had patients dying from chronic obstructive lung disease who were in the end stage fighting for breath. The patient that I referred to where we tested the law was a patient dying of end of stage heart failure. Patients are questioning what is going on. They say, "Why do we not have assistance?" I open up the book and say, "Here it is. You are not dying of a malignant disease. You are dying in the home. I should not be counselling you in the home. If I am, I am stretching the rules."

I am a precise physician. My background is research and mathematics. I run by strict protocol. Personally, I will not argue for euthanasia assisted suicide, although it may have its place. However, I am not afraid to take out the book and show the discrimination that exists.

I will be more specific. Hospitals have DNR or "do-not-resuscitate" policies. It is commonplace in the hospital setting, if not universal, for physicians across Canada to sit down and say to a patient, or helpers, or advocates, or family, "We should establish a DNR policy." That is reasonable. We do not have that in the community.

We have a protocol sheet that is five pages long that the Home Care Department in Ottawa will send to us. At the bottom of it is noted, "We are thinking about a do not resuscitate policy. We do not have one." What happens when a patient dies and the ambulance is called? By law, the ambulance attendant must hammer on his or her chest. We do not have a policy. I have gone so far as to hand write it at the bedside. We have photocopied it from the hospital, brought it home and signed it, but it has no legal status. It has to be done better.

**Senator Keon:** Dr. Cohen, I was made aware of your feelings before. Yesterday we discussed with the Canadian Medical Association the need for some guidelines for palliative care. It is my perception that this kind of thing could be addressed in there. There are precedents for that through the Health Protection Branch of the federal Ministry of Health which develops guidelines that are usually universally adopted by the provinces.

[Traduction]

les médecins comme vous n'auront d'autre choix que d'appuyer l'euthanasie et le suicide assisté, même si normalement vous vous opposez à de telles procédures. Vous boudez dans votre coin lorsque vous dites cela. Je ne crois pas un instant que vous pensez ce que vous dites.

**Le docteur Cohen:** Non. Je suis un médecin dont la pratique se fait à domicile. Vous vous faites une idée de la question d'après ce que je vous dis, mais lorsque je suis sur le terrain, je constate que la situation de soins n'est pas très rose. Je me suis retrouvé dans des situations où les choses se sont gâtées et où les gens m'ont posé des questions. Ce n'était pas toujours beau à voir. Je n'ai pas peur maintenant d'aller dans les foyers, d'ouvrir le barème et de le lire avec les gens.

Certains de mes patients sont morts de maladies respiratoires chroniques et en étaient au stade où ils se battaient pour reprendre leur souffle. Le patient dont j'ai parlé et avec qui nous avons mis la loi à l'épreuve était un patient qui était en train de mourir d'une maladie cardiaque. Les patients demandent ce qui se passe. Ils demandent pourquoi ils n'ont pas d'aide. J'ouvre le barème et je leur dis: «Voici la réponse. Vous ne souffrez pas d'une affection maligne. Vous êtes en train de mourir à la maison. Je ne devrais pas vous donner des conseils ici. Si je le fais, je déroge à la règle».

Je suis un médecin qui aime la précision, ma formation est en recherche et en mathématiques. Je respecte le règlement à la lettre. Personnellement, je ne vais pas militer en faveur de l'euthanasie ou du suicide assisté, même si ces procédures peuvent avoir leur place. Cependant, je n'ai pas peur de prendre le guide et de montrer la discrimination qui existe.

Je vais être encore plus précis. Certains hôpitaux ont une politique de «non-réanimation». Fréquemment, si ce n'est toujours, les médecins dans les hôpitaux du Canada s'assoient et disent à un patient, à leurs assistants, ou à un partisan de cette politique, ou à une famille: «Nous devrions établir une politique de non-réanimation». Cela s'impose. Mais nous n'avons pas une telle politique dans notre milieu.

Nous avons un protocole de cinq pages qui nous est envoyé par le service des soins à domicile à Ottawa. À la fin du document, on note ceci: «Nous songeons à adopter une politique de non-réanimation. Nous n'en avons pas». Que se passe-t-il lorsqu'un patient meurt et que l'on appelle l'ambulance? De par la loi, l'ambulancier doit réanimer la personne. Nous n'avons pas de politique. J'ai même été jusqu'à en rédiger une à la main au chevet d'un patient. Nous l'avons photocopiée à l'hôpital, amenée chez le patient qui l'a signée, mais elle n'avait aucune valeur juridique. Il faut procéder autrement.

**Le sénateur Keon:** Docteur Cohen, je connaissais votre opinion avant que vous ne veniez comparaître devant nous ce matin. Hier, nous avons discuté avec les représentants de l'Association médicale canadienne de la nécessité d'établir des lignes directrices concernant les soins palliatifs. J'ai l'impression que cette question pourrait être intégrée à vos travaux. Des précédents ont été créés à cet égard par la Direction de la protection de la santé du ministère fédéral de la Santé, qui élabore des lignes directrices qui sont habituellement adoptées par toutes les provinces.



*[Text]*

Your points are well made and well taken that this whole area has not unfolded yet. There is no organization or infrastructure in place at all. It definitely needs some addressing. Whether that can come quickly or not I do not know, but I appreciate the points that you are making. I understand them.

**Dr. Cohen:** You are absolutely correct. There simply is no infrastructure.

There is a movement towards setting up a subspecialty of palliative care in Canada. This might have been brought forward to you. It would be a specialty such as cardiology, internal medicine or psychiatry. Family physicians accept that and that is great, but the bulk of it will still be done by people out there who have known the patients and their families over time. Our perspective is a lot different. I have developed an interest in it but, more importantly, I get to know a lot of the people and their families. A lot of problems that a doctor might face at Princess Margaret, for example, are easy from my perspective because a trust develops and those problems are easy for me to resolve.

When subspecialties such as palliative care come on board, I would hope that they would be seen as resources for us and that there would be a good dialogue for all of us — including nurses and everyone else — but that they not be seen as the principle caregivers. First, they do not have the resources; second, they have not developed the trust over time; and, third, it would be overwhelming to them. I support that, but I hope that it is integrated with an overall infrastructure and system.

**Senator Keon:** That is an important concept because if palliative care will be successful in its implementation, it will require volunteers, family physicians, nurse practitioners and groups of people like that rather than the institutional concept. You should persist in your mission.

I am confident that there will be an assembly of some people to develop some guidelines for this. You could probably participate well in it because you have given it a lot of thought.

**Dr. Cohen:** For example, in Ontario, the Ministry of Health has a program for nurse practitioners. From our point of view as family physicians, there can be a turf war here. The greatest need is in this area. It would be beautiful to have that brought on board in a cooperative manner so that we are all pulling in the same direction. Basically, they will be doing the same thing that we are doing. Ordinarily, trust is developed through normal interactions with people and things flow from there. As we introduce other health care professionals — and I am supportive of that — I would hope that there would be dialogue such that it is integrated into the system. Nowhere else is it more important than in this area where people like me are overwhelmed.

*[Traduction]*

Vous avez tout à fait raison de dire que tout reste à faire dans ce domaine. Il n'existe ni organisation ni infrastructure. Il faut vraiment nous intéresser à cette question. Va-t-on procéder avec diligence, je n'en sais rien, mais je suis content des points que vous avez soulevés. Je les comprends.

**Le docteur Cohen:** Vous avez tout à fait raison. Il n'existe tout simplement pas d'infrastructure.

On tente d'établir une sous-spécialité en soins palliatifs au Canada. On vous en a peut-être déjà parlé. Il s'agirait d'une spécialité comme la cardiologie, la médecine interne ou la psychiatrie. Les médecins de famille l'acceptent et c'est bien, mais l'ensemble du travail va être fait par les personnes qui connaissent les patients et leur famille depuis des années. Notre perspective est très différente. Je m'intéresse à la question, mais plus important encore, j'arrive à connaître beaucoup de gens et leur famille. Nombre des problèmes qu'un médecin éprouve à l'hôpital Princess Margaret, par exemple, sont faciles à régler de mon point de vue parce qu'il se développe une certaine confiance et que ces problèmes sont faciles à régler pour moi.

Lorsqu'on parle d'une sous-spécialité en soins palliatifs, j'espère que cela sera perçu comme une ressource pour nous et qu'il y aura un bon dialogue entre tout le monde, y compris les infirmières et tous les autres, mais qu'elle ne sera pas perçue comme seule responsable des soins. Premièrement, les nouveaux spécialistes n'auront pas les ressources; deuxièmement, ils n'auront pas eu le temps d'établir des liens de confiance et, troisièmement, la charge serait trop grande. Je suis d'accord, mais j'espère que cette sous-spécialité sera intégrée à une infrastructure et à un système global.

**Le sénateur Keon:** C'est là un concept important parce que si l'on veut réussir à donner les soins palliatifs, on aura besoin de bénévoles, de médecins de famille, d'infirmières et de groupes de gens comme cela plutôt que d'un concept institutionnel. Vous devez persister dans votre mission.

J'ai confiance que des groupes de personnes vont se réunir pour élaborer des lignes directrices à cet égard. Vous pourriez probablement y participer avec profit parce que vous avez beaucoup réfléchi à la question.

**Le docteur Cohen:** Par exemple, en Ontario, le ministère de la Santé offre un programme aux infirmières de première ligne. De notre point de vue à nous les médecins de famille, cela risque de provoquer une «guerre de territoire». Le besoin le plus important est dans ce domaine. Il serait merveilleux d'aborder la question dans un esprit de coopération de façon que tous les efforts soient orientés dans le même sens. Fondamentalement, les infirmières vont faire la même chose que nous. Habituellement, la confiance se développe grâce aux interactions normales entre les gens et le reste suit. Si nous créons une autre catégorie de professionnels de la santé (et je suis d'accord pour que nous le fassions) j'espère qu'il y aura un dialogue permettant de les intégrer au système. Nulle part ailleurs cela n'est-il plus important que dans ce domaine où les gens comme moi sont submergés.

[Text]

I do not have the resources, but I try hard. I should like to work with nurse practitioners and other kind folks out there, including volunteers. I have an RNA volunteer that I work with, too. I should love to see it more integrated.

**The Chairman:** Those are interesting suggestions but there is one statement that should not be left without a comment which concerns the doctor who assisted Sue Rodriguez in her death. You stated that he received a full pardon from the Minister of Justice. In fact, we do not even know — no one knows — whether that doctor existed or what happened. No one has been charged or identified and the Minister of Justice cannot pardon anyone who has not been charged or convicted. We should make that clear.

I thank you for your presentation. It has been very worthwhile. We can do our part in trying to make some changes to the present situation.

The committee adjourned.

[Traduction]

Je n'ai pas les ressources, mais je travaille fort. J'aimerais travailler avec les infirmières de première ligne et d'autres personnes, y compris des bénévoles. Je travaille avec un bénévole du RNA aussi. J'aimerais que le bénévolat soit davantage intégré à notre travail.

**La présidente:** Ce sont là des suggestions intéressantes. Mais vous avez fait une déclaration que l'on ne devrait pas passer sous silence concernant le médecin qui a aidé Sue Rodriguez à se suicider. Vous avez dit qu'il a reçu le pardon du ministre de la Justice. En fait, nous ne savons même pas, personne ne sait, si ce médecin a existé ou ce qui s'est passé. Personne n'a été accusé ni identifié et le ministre de la Justice ne peut pardonner à quelqu'un qui n'a pas été accusé ou reconnu coupable. Soyons clairs.

Je vous remercie de votre témoignage qui nous a été très utile. Nous pouvons faire notre part pour tenter d'apporter certaines modifications à la situation actuelle.

La séance est levée.

---



















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

*From the Bayview Regional Cancer Centre:*

Dr. Robert Buckman.

*As an Individual:*

Dr. Howard Cohen.

*Du Bayview Regional Cancer Centre:*

Le docteur Robert Buckman.

*À titre personnel:*

Le docteur Howard Cohen.





First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

## Euthanasia and Assisted Suicide

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

---

Wednesday, November 30, 1994

---

Issue No. 27

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

## L'euthanasie et le suicide assisté

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

---

Le mercredi 30 novembre 1994

---

Fascicule n° 27

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn (or Molgat)  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(or Berntson)

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn (ou Molgat)  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(ou Berntson)

\* *Membres d'office*

(Quorum 3)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

Ottawa, Tuesday, November 29, 1994  
(39)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in camera at 9:30 am in Room 256-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman.(7)

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir, Jocelyn Downie, Special Advisor to the Committee

*Other Senator Present:* The Honourable Senator Desmarais.

The Committee continued its discussion of a draft report.

At 11:30 am the Committee adjourned to 7:00 p.m. this day.

Tuesday, November 29, 1994

(40)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in camera at 7:00 pm in Room 356-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman.(7)

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir, Jocelyn Downie, Special Advisor to the Committee

*Other Senator Present:* The Honourable Senator Desmarais.

The Committee continued its discussion of a draft report.

At 10:05 p.m. the Committee adjourned to 11:30 a.m. on November 30, 1995

Wednesday November 30, 1994

(41)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in camera at 11:30 a.m. in Room 356-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman.(7)

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir, Jocelyn Downie, Special Advisor to the Committee

*Other Senator Present:* The Honourable Senator Desmarais.

The Committee continued its discussion of a draft report.

At 1:30 p.m., the Committee adjourned to 3:15 p.m.

Wednesday November 30, 1994

## PROCÈS-VERBAUX

Ottawa, le mardi 29 novembre 1994  
(39)

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à huis clos, à 9 h 30, dans la salle 256-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir; Jocelyn Downie, conseiller spécial du comité.

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

Le comité discute du projet de rapport.

À 11 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à 19 heures.

Le mardi 29 novembre 1994

(40)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à huis clos, à 19 heures, dans la salle 356-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir; Jocelyn Downie, conseiller spécial du comité.

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

Le comité discute du projet de rapport.

À 10 h 05, le comité suspend ses travaux jusqu'à 11 h 30, le 30 novembre 1994.

Le mercredi 30 novembre 1994

(41)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à huis clos, à 11 h 30, dans la salle 356-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir; Jocelyn Downie, conseiller spécial du comité.

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

Le comité discute du projet de rapport.

À 13 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à 15 h 15.

Le mercredi 30 novembre 1994

[Text]

(42)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. in Room 505 the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman.(7)

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

*Also in attendance:* The Official Reporters of the Senate

*Other Senator Present:* The Honourable Senator Desmarais.

WITNESSES:

*From the United Church of Canada:*

Rev. Anne L. Simmonds;

Ruth Evans.

*As an Individual:*

Gerald Chipeur.

*As an Individual:*

Mark Pickup.

*As an Individual:*

Dr. James Gordon.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 7:15 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

[Traduction]

(42)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15, dans la salle 505, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

TÉMOINS:

*De l'Église unie du Canada:*

La révérende Anne L. Simmonds;

Ruth Evans.

*À titre personnel:*

Gerald Chipeur.

*À titre personnel:*

Mark Pickup.

*À titre personnel:*

Le docteur James Gordon.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 19 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*Greffier du comité*

Gary Levy

*Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, November 30, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Honourable senators, I am pleased to welcome Dr. James Gordon as our first witness this afternoon.

Please proceed, Dr. Gordon.

**Dr. James Gordon:** Madam Chairman, I will be speaking in English, but I would be pleased to respond to your questions in French.

I wish to thank you for inviting me to be here. I tried to invite myself, as I am sure you are aware. The reason I did so was that I had the experience of reading the proceedings of the first two and a half or three months of your hearings. I read the first 11 volumes and then I stopped. After reading them, I had the feeling there was something missing. I had a strong sense that there was a voice that was not being heard. For that reason, I felt it appropriate to make a presentation to this committee.

I am a practising neurologist, and I have some background in philosophy. I have an interest in ethics, but that interest grows from the work that I do every day.

I live in an extremely untidy world. It is not a world in which neat argument is carried on easily. I am acutely aware that most argument that needs to be carried on for the purposes of making a decision about euthanasia or assisted suicide needs to be done rigorously. To make rigorous argument, we need to exclude what is extraneous. But in the life that I live and in the work that I do, nothing is extraneous.

I believe there are some things that neat arguers would rather not talk about. Thus, please excuse me if I am provocative, and if I say things that may seem offensive. I think some of my ideas might, for example, be particularly difficult for someone who works in the area of transplantation. I am aware of that. I hope that I do not touch too many nerves.

As you are well aware by now, there are basically two kinds of arguments that are used about euthanasia. There are the arguments concerning rights, and those that concern the slippery slope. The arguments about rights generally say, "My body is my own. I have the right to do with it as I wish. This is particularly true at the end of life, and if I should decide that my life is no longer worth living, then I should be permitted to get help doing it, provided I do not hurt anyone else."

In listening to the slippery slope arguments, one ordinarily hears about two things: they are abuse, and disrespect for life. People say that you cannot permit euthanasia because it invites

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 30 novembre 1994

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15 pour étudier son ordre de renvoi visant à examiner, afin d'en faire rapport, les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté.

**Le sénateur Joan Neiman** (*présidente*) occupe le fauteuil.

**La présidente:** Honorables sénateurs, je suis heureuse d'accueillir le docteur James Gordon, qui sera notre premier témoin de cet après-midi.

Veuillez procéder, docteur Gordon.

**Le docteur James Gordon:** Madame la présidente, je ferai mon exposé en anglais, mais je serai ravi de répondre à vos questions en français.

Je vous remercie de m'avoir invité. J'ai essayé de me faire inviter, comme vous le savez sans doute. J'ai agi ainsi parce que j'ai lu le compte rendu des deux ou trois premiers mois de vos séances. J'ai lu les onze premiers fascicules, puis je me suis arrêté. Après cette lecture, j'avais l'impression qu'il manquait quelque chose. J'avais fortement l'impression qu'un point de vue n'avait pas été exprimé. Pour cette raison, j'ai jugé bon de présenter un mémoire à votre comité.

Je suis neurologue et j'ai une formation en philosophie. Je m'intéresse à l'éthique, mais cet intérêt découle plutôt de mon travail quotidien.

Je vis dans un monde très embrouillé. Ce n'est pas un monde dans lequel il est facile de faire valoir des arguments bien tranchés. Je sais pertinemment que le raisonnement à faire avant de prendre une décision relative à l'euthanasie ou au suicide assisté doit être rigoureux. Pour que le raisonnement soit rigoureux, il faut exclure les facteurs externes. Mais dans la vie que je mène et dans mon travail, rien n'est externe.

Je pense que ceux qui veulent des arguments clairs préfèrent esquiver certains faits. Par conséquent, pardonnez-moi si je suis provocant et si je dis des choses qui semblent choquer. Je pense que certaines de mes idées pourraient, par exemple, être particulièrement difficiles à accepter pour quelqu'un qui travaille dans le domaine de la transplantation. Je le sais. J'espère ne pas trop toucher de cordes sensibles.

Comme vous le savez tous très bien maintenant, il y a essentiellement deux types d'arguments à propos de l'euthanasie. Il y a les arguments concernant les droits et ceux qui concernent la pente glissante. Les arguments à propos des droits se présentent habituellement ainsi: «Mon corps m'appartient. J'ai le droit d'en faire ce que je veux. C'est particulièrement vrai à la fin de la vie, et si je décide que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, on devrait me permettre d'obtenir de l'aide pour en finir, à condition de ne pas faire de mal aux autres.»

Dans le cas de la pente glissante, on entend deux choses, d'habitude: c'est un abus et un manque de respect envers la vie. Les gens disent qu'on ne peut pas permettre l'euthanasie parce

## [Text]

abuse of the disadvantaged or the helpless. A second argument which one hears, in particular from a prominent ethicist in Montreal, Margaret Somerville, is that if you permit euthanasia and medical killing, you diminish the taboo against killing, and thereby diminish respect for life in general.

As I try to point out in my brief, I believe that that is not the real slippery slope with which we deal in our lives right now in medicine. I believe the real slippery slope is the world in which we live. It is what I call the biological paradigm. That is to say, we look at human beings for medical purposes as biological organisms; as machines that we can manipulate. We do so freely and with wonderful results. We prolong life. We save children. We do fantastic things which cannot be diminished.

On the other hand, like all other forms of progress from the time of the industrial revolution, this has implications about the way we look at human beings and the way we treat them. This biological paradigm permits us to manipulate life from before we are born, for example, with reproductive technologies, to after death, when we remove organs from people who have died. First, we decide when they have died which is, as I pointed out, in itself a real problem. After having decided when they died, we remove their organs and give those organs to other people. When it is done, it is a tremendous gift, but it is something which is ethically problematic. I think it is even problematic for those people who do it every day. There have been studies which show that the people who work in the operating rooms doing organ retrieval are sometimes uneasy. It is not an easy thing to do. It does not make it less wonderful, but it is not easy.

The point I want to make about the biological paradigm and the slippery slope is that I sincerely believe that assisted death is not inherently any more horrible, more morally repulsive or more disrespectful of life than many things that we do already. I have defined in my brief the terms "assisted death", "euthanasia" and "assisted suicide", but I mean them all to be thrown into one box for the purpose of my discussion.

When we espouse a repulsion about euthanasia, that is not consistent with the way we otherwise behave in medicine, science and, perhaps, in other areas of society. First, we already hasten death very frequently in our work. Members of the committee are well aware of that. That is why we have all these silly ways of describing what we do. We have "passive", "active", "non-active", "cessation of treatment", "euthanasia" and "letting die". We dance in circles trying to figure out what is what. It is very clear that all these things are ways of hastening death when we believe that is the best thing to do. I do not mean to say that they are all morally equivalent. They are not. Those are the neat arguments I was talking about. We will put that aside for the moment.

## [Traduction]

qu'elle ouvre la porte à des abus. On pourrait abuser des désavantagés ou des faibles. Un deuxième argument qu'on entend, en particulier de la bouche de Margaret Somerville, éthicienne renommée de Montréal, est que si l'on permet l'euthanasie et le suicide assisté par un médecin, on atténue le tabou contre le meurtre et donc, on diminue le respect de la vie en général.

Comme j'essaie de le faire ressortir dans mon mémoire, je crois qu'il ne s'agit pas là de la vraie pente glissante dont il est question actuellement en médecine. Je pense que la vraie pente glissante, c'est le monde dans lequel nous vivons. C'est ce que j'appelle le paradigme médical. Ainsi, dans le monde médical, nous considérons l'être humain comme un organisme biologique, comme une machine que nous pouvons manipuler. Nous le faisons librement et souvent avec des résultats merveilleux. Nous prolongeons la vie. Nous sauvons des enfants. Nous faisons des choses fantastiques qui ne peuvent être sous-estimées.

Par contre, comme pour toutes les autres formes de progrès survenus depuis la révolution industrielle, il y a des implications en ce qui concerne la façon dont nous envisageons l'être humain et la façon de le traiter. Ce paradigme biologique nous permet de manipuler la vie avant même que nous ne soyons nés, grâce aux technologies de reproduction par exemple, jusqu'après la mort, lorsque nous enlevons les organes des personnes qui viennent de mourir. Premièrement, nous décidons quand survient le décès, ce qui en soi, comme je le souligne, est un vrai problème. Après avoir décidé à quel moment la mort est survenue, nous enlevons les organes et nous les donnons à d'autres personnes. La transplantation est un don fabuleux, mais qui pose des problèmes d'éthique. Je pense que c'est problématique même pour ceux qui le font tous les jours. Des études ont démontré que ceux qui travaillent dans les blocs opératoires et enlèvent des organes sont souvent mal à l'aise. Ce n'est pas une tâche facile. Cela ne rend pas les choses moins merveilleuses, mais ce n'est pas facile.

Ce que je veux faire comprendre à propos du paradigme biologique et de la pente glissante, c'est que je suis fermement convaincu que la mort assistée n'est pas fondamentalement plus horrible, plus moralement répugnante ni moins respectueuse de la vie que bien des choses que nous faisons déjà. J'ai défini dans mon mémoire les termes «mort assistée», «euthanasie» et «suicide assisté», mais je les mettrai tous dans le même panier aux fins de mon argumentation.

Quand nous éprouvons de la répulsion face à l'euthanasie, ce n'est pas cohérent avec nos autres comportements en médecine, en science et peut-être dans d'autres domaines. Premièrement, il arrive souvent que nous hâtons la mort dans notre travail. Les membres du comité le savent bien. Voilà pourquoi nous utilisons tous ces euphémismes pour décrire ce que nous faisons. Il y a «passif», «actif», «non actif», «interruption de traitement», «euthanasie» et «laisser mourir». Nous tournons en rond pour essayer de définir tout ça. Il est très clair que ce sont tous des moyens de hâter la mort quand nous croyons que c'est la meilleure solution. Je ne veux pas dire qu'ils sont moralement tous équivalents. Au contraire. Voilà les arguments clairs dont je parlais il y a un instant. Mais laissons cela de côté pour le moment.



[Texte]

There is, however, irony in the way that we permit the things that we do, and in what we permit. Generally in medicine, I think Dr. Keon would agree, we tend to favour the young over the old. If we have a resource to distribute and we have a choice between an elderly person and a young person, we generally choose the young person. That is very clear in ICUs. In intensive care units, if an 80-year-old person has a heart attack and a 45-year-old has a heart attack, and there is only one bed, we all know who will get the bed, and it is unlikely that anyone will complain.

On the other hand, what we do when it comes to ending life is very ironic. At the beginning of life we hasten death, and we end life basically with great debate, but we do it and we permit it. We do abortion and, increasingly, we stop treatment on impaired newborns. At the end of life we stop treatment of elderly people for whom treatment is no longer appropriate, and of people who are terminally ill, and so on, as you all know.

It is interesting that the way we stop life at the beginning is always based on anticipated suffering. We imagine that this impaired child will have a horrible life. We anticipate that he or she will suffer. We anticipate that he or she will have poor quality of life, but that can never be self-determined. That child has no say in it, but we permit it. We say that that child will be permitted to die. There is work being done to try to determine which premature babies we should withdraw treatment from and permit to die.

I am not saying that this is wrong, I am simply saying that this is what is happening. Ending treatment at the end of life is based on actual suffering. Someone who is 60, 75 or 80 who is suffering terribly can determine whether he wants to continue to live, yet that is not permitted. If we are asked to help someone commit suicide, even someone with a non-fatal disease, it can still be an act of self-determination when that person says, "I wish help in dying". We do not permit it. We permit it with non-self-determining, non-autonomous babies, but not with autonomous adults. There is something inconsistent about that.

Does that mean that we respect probable suffering more than real suffering? Does it mean that a young life which has not yet been lived is somehow more disposable than an older life? I believe that the way we behave now places people like Robert Latimer in an impossible position because we are saying now, in 1994, and not at the time that his little girl was born, that when we suspect that a baby is likely to end up like Tracy Latimer, we might very soon come to the conclusion that we will let her go before she becomes 12 years old, before she becomes 12 months old. We are saying that it is okay if you do early, but it is not okay if you do it late.

I happen to believe it is not okay to do it late, and I think that the judgment of the court was a necessary one with respect to that specific case. However, I believe that we put him in an impossible position when we say, "You must accept the consequences. Decide before she is three weeks old whether you will let us pull

[Translation]

Il y a cependant une certaine ironie dans la façon dont nous laissons les choses se passer et dans ce que nous permettons. Règle générale, en médecine, je pense que le docteur Keon sera d'accord, nous avons tendance à préférer les jeunes aux vieux. S'il y a une ressource à répartir et que nous devons choisir entre un jeune et un vieux, nous choisissons généralement le jeune. C'est très clair aux soins intensifs. Aux soins intensifs, si une personne de 80 ans et une autre de 45 font un infarctus et qu'il n'y a qu'un lit, nous savons tous qui occupera ce lit et il est peu probable que quelqu'un s'en plaindra.

Par contre, ce que nous faisons quand la mort approche est très ironique. Au début de la vie, nous hâtons la mort, et nous mettons fin à la vie, après grand renfort de discussion, mais nous le faisons et le permettons tout de même. Nous faisons des avortements et, de plus en plus, nous interrompons les traitements aux nouveau-nés handicapés. À la fin de la vie, nous cessons de dispenser aux personnes âgées les traitements qui ne conviennent plus et nous le faisons aussi pour les malades en phase terminale, comme vous le savez tous.

Il est intéressant de constater que la décision de mettre fin à la vie au début se fonde toujours sur les souffrances prévues. Nous imaginons que cet enfant handicapé aura une vie horrible. Nous prévoyons que la qualité de vie sera médiocre, mais qu'elle ne pourra jamais être déterminée par la personne en cause. L'enfant n'a aucun mot à dire, mais nous permettons ces actes. Nous permettons que cet enfant meure. On agit pour essayer de déterminer quels enfants devraient ne plus recevoir de traitement et pouvoir mourir.

Je ne dis pas que nous avons tort, mais simplement que c'est la réalité. Interrompre un traitement à la fin de la vie se fonde sur la souffrance réelle. Celui qui a 60, 75 ou 80 ans et qui souffre horriblement peut déterminer s'il veut continuer à vivre, or cela n'est pas permis. Si on nous demande d'aider quelqu'un à se suicider, même quelqu'un qui n'est pas atteint d'une maladie mortelle, ce peut encore être un acte d'autonomie quand cette personne nous demande de l'aider à mourir. Nous ne le permettons pas. Nous le permettons pour des bébés non autonomes, mais pas pour des adultes autonomes. Il y a quelque chose d'incohérent dans tout cela.

Faut-il en conclure que nous respectons la souffrance probable davantage que la souffrance réelle? Qu'une jeune vie qui n'a pas encore été vécue a moins de valeur qu'une autre vécue depuis longtemps? Je crois que notre comportement actuel place des gens comme Robert Latimer dans une situation impossible, parce que nous disons actuellement, en 1994, et pas au moment où cette petite fille est née, que quand nous pensons qu'un bébé finira probablement comme Tracy Latimer, nous arriverons probablement bientôt à la conclusion que nous la laisserons partir avant qu'elle ait 12 ans, avant qu'elle ait 12 mois. Nous disons que c'est bien de le faire tôt, mais pas plus tard.

Je crois quant à moi que ce n'est pas bien de le faire plus tard et je pense que le jugement du tribunal était nécessaire dans ce cas particulier. Mais je crois aussi que nous le plaçons dans une situation impossible quand nous lui disons qu'il doit accepter les conséquences, qu'il faut décider avant que le bébé ait trois

## [Text]

the plug, because once you have decided to go with it, there is no turning back." I find that difficult to deal with.

Quality of life is a big problem. No one can judge quality of life for someone else. There are some very interesting things about this. Nietzsche said that the value of life cannot be estimated by the living because they are interested parties, even a bone of contention, and not by the dead, for other reasons. That sums up my opinion. I do not think you can estimate the value of life or the quality of life, and certainly not for someone else. On the other hand, there are certain problems which make a very hard line absolutely untenable when you want to say that therefore you cannot permit people to help other people die.

First, all reasonable people would agree that there are some medical conditions which make life worse than death. I am a neurologist. I am not a cancer doctor. I do not believe that intractable physical pain is very often a cause of relentless or untreatable suffering. I believe that most cancer pain is easily treated. I worked in the palliative care unit with Balfour Mount, who I know spoke to you, and I respect him incredibly. I believe that it is absolutely true that the number of cancer pains that cannot be controlled is minuscule.

However, end-stage amyotrophic lateral sclerosis and locked-in syndrome, which is a stroke of the brain stem that prevents you from doing anything except move your eyes, are different matters. With locked-in syndrome you are wide awake, alert, and understand everything. The only way you can communicate with the outside world is by means of eye movement. Such a person is imprisoned permanently in his or her body. They cannot eat, they cannot drink, they cannot speak, they cannot move. I have never heard a neurologist say that he thought that that was anything other than a life worse than death, and I have never heard anyone say honestly that he would wish to be sustained in that way. Unfortunately, people who are in that condition are absolutely physically incapable of expressing their wish, whether they have expressed it before or not.

There are other forms of stroke which can be just as dramatic. I will give you one example. I was recently taking care of an 89-year-old woman who had just had a stroke. The stroke changed her from an 89-year-old independent woman to an 89-year-old woman completely dependent upon us for everything. She refused to eat. We were given the choice of allowing her to starve herself to death, of putting a tube into her nose to sustain her, or calling in a psychiatrist. Calling in a psychiatrist was out of the question because she does not speak English, French or any other language that we speak in North America. We were confronted with the problem of interpreting this lady's decision that her life was a living hell. We could not even make a refusal of treatment decision. She was not capable even of communicating with her family, because she no longer had control over language. I am not saying that I can judge for her that her life is worse than death, but

## [Traduction]

semaines si les appareils seront débranchés, parce qu'après il est impossible de revenir sur sa décision. Je trouve que c'est une situation difficile à vivre.

La qualité de la vie est un grand problème. Personne ne peut juger de la qualité de la vie d'autrui. Il y a des idées très intéressantes à ce sujet. Nietzsche affirmait que la valeur de la vie ne peut être mesurée par les vivants parce qu'ils sont des parties intéressées, même une pomme de discorde, et pas par les morts, pour d'autres raisons. Cela résume mon opinion. Je ne pense pas qu'on puisse mesurer la valeur de la vie ni la qualité de la vie, et certainement pas pour autrui. Par contre, des problèmes font qu'il est impossible de maintenir à tout prix une ligne dure lorsqu'on veut affirmer qu'on ne peut donc pas permettre d'aider d'autres personnes à mourir.

Premièrement, tous les gens raisonnables diront que certaines maladies rendent la vie pire que la mort. Je suis neurologue. Je ne suis pas cancérologue. Je ne crois pas qu'une douleur physique incurable soit souvent une cause de souffrance continue ou incurable. Je crois que la plupart des douleurs dues au cancer peuvent être soulagées facilement. J'ai travaillé aux soins palliatifs avec Balfour Mount, qui, je le sais, vous a parlé et que je respecte beaucoup. Je crois qu'il est tout à fait vrai que le nombre de douleurs dues au cancer impossibles à soulager est infime.

Par contre, la sclérose latérale amyotrophique en phase terminale et le syndrome «de la claustration», qui est une paralysie du tronc cérébral empêchant tout mouvement sauf celui des yeux, sont une autre histoire. Dans le cas du syndrome «de la claustration», on est tout à fait éveillé, alerte et on comprend tout. La seule façon de communiquer avec le monde extérieur, c'est en bougeant les yeux. La personne atteinte de cette maladie est emprisonnée pour toujours dans son corps. Elle ne peut pas manger, elle ne peut pas boire, elle ne peut pas parler ni bouger. Je n'ai jamais entendu un neurologue déclarer qu'il s'agit d'autre chose que d'une vie pire que la mort et je n'ai jamais entendu qui que ce soit déclarer honnêtement qu'il voudrait être maintenu en vie dans cet état. Malheureusement, les personnes atteintes de cette maladie sont physiquement absolument incapables d'exprimer leurs désirs, qu'elles l'aient fait auparavant ou non.

D'autres formes d'attaques peuvent être aussi dramatiques. Je vous donnerai un exemple. Je me suis occupé récemment d'une dame de 89 ans qui venait de subir une attaque. Cette attaque l'a transformée d'une dame indépendante de 89 ans en une femme qui dépendait complètement de nous pour tout. Elle refusait de manger. Nous avions le choix de la laisser mourir de faim, de l'intuber pour la nourrir ou de faire venir un psychiatre. Il était hors de question de faire intervenir un psychiatre parce qu'elle ne parle ni anglais, ni français ni aucune langue parlée en Amérique du Nord. Nous devions interpréter la décision de cette dame que sa vie était devenue un enfer. Nous ne pouvions même pas décider d'interrompre un traitement. Elle était incapable de communiquer avec sa famille, parce qu'elle ne pouvait plus parler. Je ne dis pas que je peux décider pour elle que sa vie est pire que la mort, mais je pense que nous pouvons imaginer qu'elle soit fâchée si nous lui



## [Texte]

I think we can imagine that she might resent it if we stick a tube in her nose to sustain her, or tie her hands down so that she cannot get the tube out.

Cessation of treatment often feels like killing to doctors. I am sure that you have heard this over and over again. I know very well that passive euthanasia is not euthanasia, but it feels like it. When you let someone die, it feels like it, because you know the consequences of your actions, and thank God for that, because you would not want a doctor not to know the consequences of his actions. When a doctor decides not to treat, he expects the patient to die. Whether he intends it or not is again a philosophical subtlety. This is an important point. There are many cases in which we respect the autonomy of people and allow them to die, but in which it is not clear that we are doing the right thing, and it makes us feel very uncomfortable.

I have allowed a 33-year-old woman to die because she insisted on it, when I knew I could save her. I did it because her very religious, very loving and very caring family members all made it absolutely clear that she wanted to die. They said, "Sally said if she ever has another haemorrhage, she wants you to let her go." It could not have been clearer if it had been written in a living will. I was not all that comfortable with the decision, but I believe that I did the right thing. I have met with the family many times since to talk to them about it, and they are absolutely comfortable with the decision. The father is a minister. I will never forget that.

Sometimes not doing euthanasia can be absurd, and that is when it does not have to do with quality of life. There is an example in the brief which I gave you today of a patient who was in the end stage of multiple myeloma, a bone cancer that was horribly painful. Every time she coughed, she broke a bone. She was receiving doses of narcotics so high that she had broken the budget of her entire service by July. There was literally no money left in that service because of her pain medication. She began to have seizures, and I was asked to see her. The family was convinced that, in between the seizures, although she was groggy, she was in pain. We knew that the pain medication had something to do with her seizures but we could not stop the pain medication, and I could not stop the seizures. She was probably a week from death.

The only way that I could have palliated that woman adequately would have been to put her under general anaesthetic. Doing that would mean suppressing her respiration, and suppressing her respiration would have killed her. The only way to prevent killing her would have been to intubate her and put her on a ventilator. She did not want that. She had already said that she did not want that.

I was trying to figure out what I could do. I did not control the seizures. I did not control the pain. I felt that I was not doing the wrong thing by committing euthanasia. I did not commit euthanasia, I did not kill her, but I am really not sure that the doctrine of double effect would have adequately addressed what I

## [Translation]

mettons un tube dans le nez pour la nourrir ou si nous lui attachons les mains pour ne pas qu'elle arrache son tube.

Les médecins ont souvent l'impression qu'interrompre un traitement revient à tuer. Je suis certain que vous l'avez entendu dire à maintes et maintes reprises. Je sais très bien que l'euthanasie passive n'est pas l'euthanasie, mais on dirait que si. Quand on laisse quelqu'un mourir, c'est comme si on la tuait parce qu'on connaît les conséquences de ses actes et, Dieu merci, parce qu'il ne faudrait pas qu'un médecin ne sache pas les conséquences de ses actes. Quand un médecin décide de ne pas traiter, il s'attend que le patient meure. Qu'il en ait l'intention ou non est encore une fois une distinction philosophique subtile. C'est important. Bien souvent, nous respectons l'autonomie des gens et nous leur permettons de mourir, mais nous ne sommes pas certains de faire ce qu'il faut, alors cela nous rend très mal à l'aise.

J'ai laissé une femme de 33 ans mourir parce qu'elle insistait, quand je savais que j'aurais pu la sauver. Je l'ai fait parce que les membres de sa famille, des gens très religieux et très aimants, m'ont tous dit très clairement qu'elle voulait mourir. Ils m'ont dit: «Sally nous a dit que si elle avait une autre hémorragie, elle voulait que vous la laissiez partir.» Cela ne pouvait pas être plus clair, même écrit dans un testament biologique. Je n'étais pas du tout à l'aise avec cette décision, mais je crois avoir fait la bonne chose. J'ai rencontré la famille à maintes reprises depuis pour leur en parler et eux sont tout à fait à l'aise avec cette décision. Le père est ministre. Je ne l'oublierai jamais.

Il arrive parfois que ne pas recourir à l'euthanasie soit absurde. C'est le cas quand la quand l'euthanasie n'a rien à voir avec la qualité de la vie. Il y a dans le mémoire que je vous ai remis aujourd'hui l'exemple d'une patiente en phase terminale d'un myelome multiple, un cancer des os extrêmement douloureux. Chaque fois qu'elle toussait, un os cassait. Elle recevait des doses de narcotiques si fortes que tout le budget du service y est passé entre janvier et juillet. Il ne restait plus un sou dans ce service à cause des médicaments qu'on donnait à cette patiente. Elle a commencé à avoir des crises et on m'a demandé de la voir. La famille était convaincue qu'elle souffrait entre les crises, même si elle était assommée. Nous savions que les analgésiques avaient un lien avec les crises, mais nous ne pouvions pas arrêter d'en donner et je ne pouvais faire cesser les crises. Il lui restait probablement encore une semaine à vivre.

La seule façon de soulager correctement cette dame aurait été de lui faire une anesthésie générale. Cela aurait voulu dire l'empêcher de respirer, et l'empêcher de respirer l'aurait tuée. La seule façon d'empêcher qu'elle meure aurait été de l'intuber et de la brancher à un respirateur. Elle ne le voulait pas. Elle avait déjà dit qu'elle ne le voulait pas.

J'essayais de réfléchir à ce qu'il fallait faire. Je n'avais aucun contrôle sur les crises. Sur la douleur non plus. J'estimais que je n'aurais pas mal agi en procédant à l'euthanasie. Je ne l'ai pas fait, je ne l'ai pas tuée, mais je ne suis pas vraiment convaincu que la théorie du double effet aurait répondu à mes questions si je lui

## [Text]

needed to do had I put her under general anaesthetic. I believe that I was dancing in circles, and I am not sure that that made sense. Granted, she was days or weeks from the end of her life.

Finally, there is the real issue of who decides. When decisions about abortion or end of life need to be made, most of us do not want anyone else making them for us. We feel violated when other people make the most intimate and profound decisions of our lives. I do not know that that is philosophically compelling, but it makes life very difficult when you are working in the trenches, because you want to respect a person's right to control the most important parts of their lives.

You have already heard about all the risks involved if assisted suicide or euthanasia are permitted. There is a risk that people's bodies will be used as repositories of parts, and there is a risk of motivated death. Doctors as a group are pretty utilitarian by training. We try to maximize benefit and minimize harm. If we have the opportunity to make good out of a bad situation, we do it.

There is a program at Pittsburgh which I described in some detail in my brief. Basically, in order to obtain organs, people who are at the end stage of intensive care treatment are brought into the operating room, under a very strict protocol. Life support is withdrawn, and when the heart stops the organs are withdrawn. The death is orchestrated.

Someone like Sue Rodriguez, for example, who was basically a healthy young woman with bad muscles, could easily have said, "Not only do I want help dying, but I want you to do it in the operating room. I want you to take advantage of my perfect lungs — I have never smoked in my life, my perfect kidneys — I don't have high blood pressure, and my perfect heart. My 40-year-old heart can keep a 20-year-old recipient alive for the next 40, 50 or 60 years."

There is some real good in that, but do we want that? Again, it is not neat for the purpose of philosophical argument. It is not a reason to do it or not do it, but you have to be aware that these things are going on, and the notion of people having the right to do with their bodies as they wish will, I think, inevitably be dragged into this discussion.

There is a serious risk that euthanasia will become a cheap alternative to good care. There is also a serious risk that population health promotion, which is in vogue right now, will override our feeling that sick individuals are what we are about in medicine, that we should promote health. When taking care of the ill detracts from promoting health, there is risk that resources will be withdrawn. Euthanasia, I think, risks making that easier.

With regard to the alternatives for treatment, we can leave the status quo. It does not work that badly right now. No doctor has ever been convicted of an active assisted death. The doctor must be ready to defend him or herself. As a doctor, you must be

## [Traduction]

avais fait une anesthésie générale. Je crois que je tournais en rond et je ne suis pas convaincu que cela avait du sens. Il est vrai qu'elle était à quelques jours ou quelques semaines de la mort.

Enfin, il y a la question de savoir qui décide. Quand il faut prendre des décisions concernant l'avortement ou la fin de la vie, la plupart d'entre nous ne voulons pas que quelqu'un d'autre les prenne à notre place. Nous nous sentons lésés lorsque d'autres prennent les décisions les plus intimes et les plus profondes de notre vie. Je ne sais pas si c'est un argument philosophique convaincant, mais cela rend la tâche très difficile quand on travaille sur le terrain dans les parcs qu'on veut respecter le droit d'une personne de contrôler les aspects les plus importants de sa vie.

Vous avez déjà entendu parler de tous les risques que comportent le suicide assisté ou l'euthanasie. Il y a un risque que le corps soit considéré comme un entrepôt de pièces et il y a un risque de décès motivé. Les médecins, en tant que groupe, sont plutôt pratiques par formation. Nous essayons d'optimiser les avantages et de réduire les inconvénients au minimum. Si nous pouvons faire du bien à partir d'une mauvaise situation, nous le faisons.

Il existe à Pittsburgh un programme que j'ai décrit assez en détail dans mon mémoire. Essentiellement, afin d'obtenir des organes, des gens qui sont en phase terminale aux soins intensifs sont amenés au bloc opératoire, selon des règles très strictes. Les appareils de maintien en vie sont débranchés et quand le cœur cesse de battre, les organes sont prélevés. La mort est orchestrée.

Quelqu'un comme Sue Rodriguez, par exemple, qui était essentiellement une jeune femme en santé mais dont les muscles ne répondaient plus, aurait facilement pu dire: «Je veux non seulement de l'aide pour mourir mais aussi que vous m'aidiez au bloc opératoire. Je veux que vous preniez mes poumons en parfait état (je n'ai jamais fumé de ma vie) mes reins en parfait état (je ne fais pas d'hypertension) et mon cœur en parfait état. Mon cœur de 40 ans peut prolonger la vie d'un jeune de 20 ans pendant 40, 50 ou 60 ans encore.»

Il y a vraiment du bon à cela, mais voulons-nous en venir là? Une fois de plus, ce n'est pas tranché aux fins de l'argumentation philosophique. Ce n'est pas une raison pour le faire ou ne pas le faire, mais il faut savoir que cela existe, et l'idée que des gens ont le droit de faire ce qu'ils veulent de leur corps, je pense, entrera inévitablement en ligne de compte.

Il y a un grave risque que l'euthanasie ne devienne un substitut peu coûteux à de bons soins de santé. Il y a aussi un grave risque que la promotion de la santé, à la mode actuellement, ne l'emporte sur notre impression que les malades sont au cœur de la médecine, que nous devrions promouvoir la santé. Lorsque prendre soin des malades empêche de promouvoir la santé, il y a un risque que des ressources ne soient supprimées. L'euthanasie, je pense, risque de rendre cette tâche encore plus facile.

En ce qui concerne les solutions autres que le traitement, nous pouvons en rester au statu quo. Cela ne fonctionne pas trop mal actuellement. Aucun médecin n'a été condamné pour avoir participé à une mort assistée active. Le médecin doit être prêt à se



## [Texte]

prepared to justify what you do. I am not sure that that will be tolerated by the public on either side. We could have a permissive prohibition, we could look the other way, but that is sticking our heads in the sand. We could decriminalize, but I do not think we are ready for that.

Therefore, my conclusion is that we are not ready, and I will tell you why. I was at a conference of the American Society of Law and Medicine two years ago in Chicago on the subject of physician- assisted death. I was one of few doctors and the only neurologist in the audience. The most stunning thing I heard there was people saying, "You cannot trust doctors to do the right thing. If you legalize it, they will abuse it, and if you do not legalize it, they will be afraid to do it when they should." I felt very isolated in that crowd. I did not think either argument was right, but that is the way people felt.

My recommendations are enumerated in my statement and I will summarize them. First, I do not think anything should be done to decriminalize euthanasia or assisted death care until palliative care is absolutely guaranteed to everyone who needs it. I do not mean that it needs to be affirmed; it needs to be guaranteed. Some people have given you the impression that palliative care is optional. It is not. It is basic care. The number of cases that need palliative care is huge. The number of people who need assisted death is minuscule. We are putting the cart before the horse. We must guarantee palliative care.

Second, support services for the handicapped must ensure that no one will say that his life is worse than death simply because he cannot get into a building or on to an elevator, or because a family cannot get a rest while trying to take care of a handicapped child who is unable to take care of him or herself.

Third, all medical decision-making must be subjected to extremely intense scrutiny. I do not mean the Rummelink commission. I mean looking at charts, interviewing, and trying to see whether we behave responsibly enough right now to justify giving doctors and the public the right to go one step further.

That also must be true of research. We need to determine to what extent the principles of informed consent are actually paid attention to in life now, in medicine. To what extent is treatment withdrawn or given without people being adequately involved in their own care? I am concerned that we do not really know what we are getting into.

Finally, if society is unwilling to scrutinize medicine and science in order to know what is going on, the issue of assisted death should be hidden away, because we must demonstrate that we are serious about understanding the implications of what we do, not by imagining what happened in Germany in 1930, and not by talking about some platitudes about rights, but by actually trying to deal with the reality of medicine as it is practised today.

I am ready to answer your questions.

## [Translation]

défendre. En tant que médecin, il faut être prêt à justifier ses actes. Je ne suis pas certain que cela sera toléré par le public, d'un camp ou de l'autre. Nous pourrions avoir une interdiction permissive, nous pourrions fermer les yeux, mais nous nous mettrions alors la tête dans le sable. Nous pourrions décriminaliser ces actes, mais je ne pense pas que nous soyons prêts pour cela.

J'arrive donc à la conclusion que nous ne sommes pas prêts et je vous explique pourquoi. J'ai assisté à une conférence de l'*American Society of Law and Medicine* il y a deux ans à Chicago au sujet de la mort assistée par un médecin. J'étais l'un des rares médecins présents et le seul neurologue. La remarque la plus renversante que j'ai entendue était: «On ne peut pas se fier que les médecins feront ce qu'il faut. Si vous légalisez l'euthanasie, ils en abuseront et si vous ne la légalisez pas, ils auront peur de le faire quand ils le devraient.» Je me sentais très seul dans l'auditoire. Je ne pense pas que ces arguments soient vrais, mais c'est ce que pensaient les gens.

Mes recommandations sont énoncées dans mon mémoire et je vais les résumer. Premièrement, je ne pense pas qu'il faudrait décriminaliser l'euthanasie ni la mort assistée tant que les soins palliatifs ne seront pas absolument garantis à tous ceux qui en ont besoin. Je ne dis pas qu'il faut les affirmer, je dis qu'il faut les garantir. Certains témoins vous ont donné l'impression que les soins palliatifs sont des soins facultatifs. Ce n'est pas vrai. Ce sont des soins essentiels. Le nombre de personnes qui ont besoin de ces soins est énorme. Le nombre de personnes qui ont besoin d'une mort assistée est infime. Nous mettons la charrue devant les boeufs. Nous devons garantir les soins palliatifs.

Deuxièmement, les services de soutien aux handicapés doivent faire en sorte que personne ne prétende que la vie est pire que la mort simplement parce que le handicapé ne peut entrer dans un immeuble ni monter dans un ascenseur ou parce que la famille ne peut avoir un répit lorsqu'elle essaie de s'occuper d'un enfant incapable de prendre soin de lui-même.

Troisièmement, toutes les décisions médicales doivent être scrutées à la loupe. Je ne parle pas de la commission Rummelink. Je veux dire étudier les dossiers, interviewer les gens et essayer de voir si nous agissons de manière assez responsable actuellement pour que les médecins et le public aient le droit de franchir un pas de plus.

Cela s'applique aussi à la recherche. Nous devons déterminer dans quelle mesure les principes du consentement éclairé sont appliqués actuellement dans la vie, dans la médecine. Dans quelle mesure un traitement est-il interrompu ou dispensé sans que les gens participent correctement à leurs propres soins? Je crains que nous ne sachions pas vraiment dans quoi nous nous embarquons.

Enfin, si la société ne veut pas passer la médecine et la science à la loupe pour savoir ce qui se passe, la question de la mort assistée devrait être laissée de côté, parce que nous devons démontrer que nous voulons vraiment comprendre les implications de nos actes, pas en nous imaginant ce qui est arrivé en Allemagne en 1930, mais en essayant vraiment de faire face à la réalité de la médecine telle qu'elle se pratique de nos jours.

Je suis prêt à répondre à vos questions.

[Text]

**Senator Corbin:** Doctor, I wish to congratulate you. You seem to be going in the same direction in which I want to go. To me, your submission makes sense.

I have one or two brief questions. I refer you to your recommendation number 3, upon which you have briefly touched, regarding medical decision-making particularly, but not exclusively, at the end of life. You say that that must be studied carefully, and not by a system of self-report like the one recommended and used in the Netherlands, but by a systematic review of hospital records all over the country. You say that principles of informed consent are little respected now.

**Dr. Gordon:** I said "if"

**Senator Corbin:** Oh, "if". You are not making an affirmation. This is hypothetical.

**Dr. Gordon:** I am asking the questions. I have certainly seen abuses of informed consent in my work. I think we all have. The issue is whether or not those are common. That is what I do not know.

**Senator Corbin:** You do not know, and we do not know. We hear things.

**Dr. Gordon:** Yes, we all hear things.

**Senator Corbin:** You used the term "systematic review", but research is required in this area to try to determine the scope, degree or colour of what is going on.

**Dr. Gordon:** Yes. The point is that if both sides of the argument are saying that doctors cannot be trusted, which one is right, or is neither of them right? Are we as scrupulous and good at respecting our patients' autonomy as we ought to be if we are to permit assisted death? I am not sure. The logical next question is, "What do you propose to do?" I am sure that no issue could be more appropriate than this for a royal commission, but I do not propose that.

**Senator Corbin:** We have a problem in Canada by the very nature of our health delivery system which is under the responsibility of the provincial governments. I think you know the dichotomy. Of course, we in this committee will be very careful not to step on the provincial sensibilities. However, have you any specific recommendation as to how this review of hospital records could be carried out?

**Dr. Gordon:** Reviewing records would be a relatively simple thing to do. You just go through the records and see to what extent informed consent processes are documented in the charts. I am sure we would find that most physicians do not scrupulously document the process of informed consent. That does not mean that they do not get informed consent; simply that they tend not to document it. If we find that, we have to find out whether the actual process is going on. We might actually get that information better from patients than from doctors.

[Traduction]

**Le sénateur Corbin:** Docteur, je vous félicite. Vous semblez aller dans la même direction que moi. Pour moi, votre mémoire est plein de bon sens.

J'ai une ou deux brèves questions. Je vous renvoie à votre troisième recommandation, que vous avez effleurée, au sujet des décisions médicales en particulier mais pas uniquement à la fin de la vie. Vous dites qu'il faut les étudier avec soin et pas par un système d'auto-évaluations comme celles qui sont recommandées et employées aux Pays-Bas, mais par un examen systématique des dossiers hospitaliers d'un bout à l'autre du pays. Vous affirmez que les principes du consentement éclairé sont peu respectés actuellement.

**Le docteur Gordon:** J'ai dit «si».

**Le sénateur Corbin:** Pardon, «si». Vous ne faites pas une affirmation. C'est une hypothèse.

**Le docteur Gordon:** Je pose les questions. J'ai certainement constaté des abus du consentement éclairé dans mon travail. Je pense que nous l'avons tous vu. Il s'agit de savoir si c'est fréquent ou non. Voilà ce que je ne sais pas.

**Le sénateur Corbin:** Vous ne le savez pas, et nous non plus.

**Le docteur Gordon:** On entend toutes sortes de choses.

**Le sénateur Corbin:** Vous avez employé le terme «examen systématique», mais il faut des recherches dans ce domaine pour essayer de déterminer l'ampleur, de définir ce qui se passe.

**Le docteur Gordon:** Oui. Si, les deux camps affirment qu'on ne peut faire confiance aux médecins, qui a raison ou est-ce que quelqu'un a raison? Éprouvons-nous autant de scrupules et réussissons-nous aussi bien à respecter l'autonomie de nos patients que nous devrions le faire si la mort assistée était permise? Je n'en suis pas certain. La prochaine question qui découle logiquement de la première est: Que proposez-vous? Je suis convaincu qu'aucune autre question ne conviendrait mieux à une commission royale, mais je ne propose pas cette solution.

**Le sénateur Corbin:** Il y a un problème au Canada du fait que les soins de santé relèvent des gouvernements provinciaux. Vous êtes sans doute au courant de cette dichotomie. Au sein de notre comité, nous essaierons vraiment de ne pas froisser les susceptibilités provinciales. Mais avez-vous des recommandations au sujet de la façon dont cet examen des dossiers hospitaliers devrait s'effectuer?

**Le docteur Gordon:** L'examen des dossiers serait une tâche relativement simple. Il suffit de les passer en revue pour déterminer dans quelle mesure le processus du consentement éclairé y est documenté. Je suis certain que nous constaterions que la plupart des médecins ne documentent pas scrupuleusement ce processus. Cela ne veut pas dire qu'ils n'obtiennent pas un consentement éclairé; simplement qu'ils ont tendance à ne pas le documenter. Si nous faisons cette constatation, nous devrions chercher à savoir si le processus est appliqué. Nous réussirions peut-être mieux à obtenir cette information des patients que des médecins.



[Texte]

**Senator Corbin:** You are familiar with the technique of living wills?

**Dr. Gordon:** Yes.

**Senator Corbin:** Have you had personal experience with that?

**Dr. Gordon:** Yes. Living wills are not law in Quebec, but "mandat d'inaptitude" is law in Quebec. A person has the right to name a proxy decision-maker. It is helpful.

**Senator Corbin:** Does it work well?

**Dr. Gordon:** I do not think living wills are nearly as helpful as helpful family members. From a legal point of view I am sure they are very helpful, but from the point of view of making decisions, family members make it much easier.

I sat down with the family of the elderly woman I spoke about who had a tube in her nose and her hands tied down, and we were able to know very clearly what her wishes were. Her wishes were absolutely clear. I could not get them from her, but I certainly could get them.

Living wills are nice, but my complaint about them is that once you have a document that is written in stone, it is hard to make decisions in the absence of that document. In the United States, many doctors are reluctant to stop treatment in the absence of a living will which permits them to do so, even though that is the family's wish, and the patient wants you to let go.

**Senator Beaudoin:** Is it not the case that you are against euthanasia until palliative care is very developed?

**Dr. Gordon:** No. My conclusion is that euthanasia is inevitable. I believe that it will happen. I believe that we cannot avoid it under some circumstances. However, I do not believe that euthanasia can ever be used as an alternative to palliative care. When Dr. Mount presented to you, he described a patient who, in order to be palliated, had to be put into a barbiturate coma. I think that is absurd. I respect him deeply, but I think that is absurd.

**Senator Beaudoin:** How do you define euthanasia?

**Dr. Gordon:** Mercy killing.

**Senator Beaudoin:** How do you define mercy killing?

**Dr. Gordon:** It is killing someone at his or her own request for reasons of relieving intractable suffering. The prototype is a soldier on a battlefield, in terrible pain, who is bleeding to death and will die anyway.

**Senator Beaudoin:** How do you define pain? Is it only physical?

**Dr. Gordon:** I did not say pain. I said suffering. It is all of that. Eric Cassell is a very smart internist in the United States, whose books I recommend to everyone. He says that it is the

[Translation]

**Le sénateur Corbin:** Vous connaissez les testaments biologiques?

**Le docteur Gordon:** Oui.

**Le sénateur Corbin:** Avez-vous des expériences personnelles à ce sujet?

**Le docteur Gordon:** Oui. Les testaments biologiques ne sont pas des documents juridiques au Québec, mais le «mandat d'inaptitude» si. Une personne a le droit de désigner quelqu'un pour prendre des décisions à sa place. C'est utile.

**Le sénateur Corbin:** Est-ce que cela fonctionne bien?

**Le docteur Gordon:** Je ne crois pas que les testaments biologiques soient aussi utiles que des membres de la famille attentionnés. Du point de vue juridique, je suis convaincu qu'ils sont très utiles, mais du point de vue de la prise des décisions, les membres de la famille rendent la tâche beaucoup plus facile.

J'ai discuté avec la famille d'une dame âgée qui était intubée et dont on avait lié les mains. Nous avons pu savoir clairement quels étaient ses désirs. Ses désirs étaient absolument clairs. Je ne pouvais pas les apprendre d'elle, mais je pouvais certainement savoir en quoi ils consistaient.

Les testaments biologiques sont une bonne chose, mais ma réserve à leur sujet est que lorsqu'il existe un document écrit, il est difficile de prendre des décisions sans ce document. Aux États-Unis, de nombreux médecins hésitent à interrompre un traitement en l'absence d'un testament biologique qui leur permet de le faire, même si c'est le désir de la famille et que le patient veut qu'on abandonne.

**Le sénateur Beaudoin:** N'est-il pas vrai que vous êtes contre l'euthanasie tant que les soins palliatifs ne seront pas très développés?

**Le docteur Gordon:** Non. Ma conclusion est que l'euthanasie est inévitable. Je crois que nous ne pouvons pas l'éviter dans certaines circonstances. Mais je ne crois pas non plus que l'euthanasie puisse jamais remplacer les soins palliatifs. Lorsque le docteur Mount a comparu devant vous, il a décrit un patient qui, afin d'obtenir des soins palliatifs, a dû être mis dans un coma barbiturique. Je crois que c'est absurde. Je le respecte profondément, mais je pense que c'est absurde.

**Le sénateur Beaudoin:** Comment définissez-vous l'euthanasie?

**Le Dr Gordon:** Le meurtre par compassion.

**Le sénateur Beaudoin:** Comment définissez-vous le meurtre par compassion?

**Le docteur Gordon:** Tuer quelqu'un à la demande de ce dernier afin de mettre fin à une souffrance incurable. L'exemple parfait est le soldat sur le champ de bataille, qui souffre terriblement, qui saigne à mort et qui mourra de toutes façons.

**Le sénateur Beaudoin:** Comment définissez-vous la douleur? Est-elle uniquement physique?

**Le docteur Gordon:** Je n'ai pas dit douleur. J'ai dit souffrance. C'est tout cela. Eric Cassell est un interne américain très intelligent dont je recommande les ouvrages à tout le monde. Il

[Text]

person who suffers, not the body. It is not that biological organism I was talking about. It is not just a machine. It is a person.

**Senator Beaudoin:** It may be mental?

**Dr. Gordon:** Yes, and that is a real problem. I am not sure that I would say euthanasia is inevitable for that. I would certainly never favour putting a depressed person out of his misery by killing him. I cannot imagine a circumstance in which I would be willing to accept that. There may be circumstances which I cannot imagine. I have thought about that. That is also a problem that has to do with the issue of the meaning of life. For those people, that is exactly what it is.

**Senator Beaudoin:** The other day I was watching a television program about Dr. Kevorkian, who invented a machine for suicide. What is your reaction to that?

**Dr. Gordon:** I think he is a machine. I was thinking about him the other night. He is not a doctor, he is an instrument. He considers himself to be an instrument. By the way, this is the best face I can put on it. He considers himself to be an instrument of the will of the person who asks him to hook him up. I believe that, from his point of view, there is no moral content in what he does. He is like the IV. He makes himself the instrument of another.

One could argue morally that it is reprehensible to make yourself the instrument of another. I certainly would not be capable of doing that, and I do not think he should be permitted to do that. However, I think that is the way he looks at what he does. That is why he does not feel too badly about helping strangers kill themselves. There is no analogy between Kevorkian and Timothy Quill, who helped the woman commit suicide in New York. There is no analogy between Kevorkian and Robert Latimer. There is no analogy between Kevorkian and any of these other people who make moral decisions. I believe that Kevorkian never makes a moral decision. He just says, "Here I am. If you want me, I will do it."

**Senator Carstairs:** You clearly identify that some of the ethical discussions in which we get mired are invalid because so much of this is going on right now.

**Dr. Gordon:** Yes.

**Senator Carstairs:** We do have the paradigm that you have developed. I would suggest that there is only one thing left on that paradigm, and you have said that that, too, will probably happen some time in the future.

Why do you not think it should happen now? I recognize that you think there should be more studies, but what do you think those studies will accomplish? What will we find out? I think you are absolutely right that we will discover that it is not well documented; that we do not have any real knowledge about how much has taken place, or that a blind eye is turned. Other than delaying the inevitable — and you say you think it is inevitable — what do you think we will accomplish by delaying this ultimate decision any longer?

[Traduction]

affirme que c'est la personne qui souffre, pas le corps. Ce n'est pas l'organisme biologique dont je parlais. Ce n'est pas seulement une machine. C'est une personne.

**Le sénateur Beaudoin:** Cela peut être mental?

**Le docteur Gordon:** Oui, et c'est un vrai problème. Je ne suis pas convaincu de pouvoir dire que l'euthanasie est inévitable dans ce cas. Je ne serais certainement jamais en faveur de mettre fins aux souffrances d'une personne déprimée en la tuant. Je ne peux imaginer de circonstances qui seraient acceptables à mes yeux. Il y en a peut-être que je ne connais pas. Je n'y ai pas réfléchi. C'est aussi un problème lié au sens de la vie. Pour ces gens-là, c'est exactement de cela dont il s'agit.

**Le sénateur Beaudoin:** L'autre jour, j'ai regardé une émission de télévision au sujet du docteur Kevorkian, qui a inventé une machine pour se suicider. Comment réagissez-vous à cela?

**Le docteur Gordon:** Je pense qu'il est une machine. J'ai réfléchi à lui l'autre soir. Ce n'est pas un médecin, c'est un instrument. Il se considère comme un instrument. Soit dit en passant, je n'ai pas de meilleure façon de le décrire. Il se considère comme un instrument de la volonté de la personne qui lui demande de la brancher à sa machine. Je crois que, de son point de vue, il n'y a pas de contenu moral à ses actes. Il est comme l'intraveineuse. Il se fait l'instrument de quelqu'un d'autre.

On pourrait soutenir moralement qu'il est répréhensible de se faire l'instrument d'autrui. J'en serais certainement incapable et je ne pense pas qu'il devait être autorisé à le faire. Mais je pense que c'est ainsi qu'il envisage ce qu'il fait. Voilà pourquoi il ne se sent pas trop mal d'aider des étrangers à se suicider. Il n'y a pas de comparaison entre Kevorkian et Timothy Quill, qui a aidé une dame à se suicider à New York. Il n'y a pas de comparaison entre Kevorkian et Robert Latimer. Il n'y a pas de comparaison entre Kevorkian et tous ceux qui prennent des décisions morales. Je pense que Kevorkian ne prend jamais de décision morale. Il dit simplement: «Me voilà. Si vous avez besoin de moi, je le ferai.»

**Le sénateur Carstairs:** Vous indiquez clairement que certaines des discussions morales dans lesquelles nous sommes embourbés ne sont pas valides parce tant de ces choses se passent actuellement.

**Le docteur Gordon:** Oui.

**Le sénateur Carstairs:** Il y a le paradigme que vous avez décrit. Je crois qu'il ne manque qu'un élément à ce paradigme et vous avez dit que lui aussi deviendra probablement une réalité un jour.

Pourquoi ne pensez-vous pas que cela devrait arriver maintenant? Je reconnais que, selon vous, il faudrait d'autres études, mais que donneront-elles? Que découvrirons-nous? Je pense que vous avez tout à fait raison de déclarer que nous constaterons que ce n'est pas bien documenté, que nous ne savons pas vraiment ce qui se passe, ou que nous nous fermons les yeux pour ne pas voir. À part retarder l'inévitable (et vous affirmez que c'est inévitable) qu'accomplirons-nous en repoussant encore plus cette ultime décision?



[Texte]

**Dr. Gordon:** The ultimate decision has to do not with those cases in which euthanasia or assisted suicide is decided upon because anything else is absurd, and not with the circumstances of locked-in syndrome or other neurologically horrible diseases which are much worse than any of us can imagine, and much worse than disabilities. I do not think that euthanasia is inevitable for much else. I say that we are not ready, and that we should take the time to sensitize the population, to sensitize doctors, to give us more time to learn how to deal with what we are learning.

In some respects you could look at it as a kind of delaying tactic, but it is delay with a purpose. It is a delay for the purpose of allowing to us get to become wiser, to learn how to use the tools, how to give better palliative care. I am very afraid of abuses.

**Senator Carstairs:** I am very afraid of abuses as well. My concern is that those abuses are going on right now, and I have no control over those abuses. If we have a change of the law now, I might be able to control those abuses, and that is the other dilemma with which we are faced. We accept that there are abuses. I have no control over those abuses. I have no information about those abuses. I cannot get that information because of the way the legal structure is presently designed.

**Dr. Gordon:** I agree, and I think there are other problems as well. You may be aware of the recently passed Oregon resolution. There was a very interesting article in the *New England Journal* written by George Annas, a lawyer from Boston University, before that resolution was passed. The Oregon resolution basically makes everything explicit. The idea is to bring it out in the open in order that we can criticize and judge. Annas says that we currently give potentially lethal prescriptions to patients all the time. If someone takes the whole bottle of Dilantin which I prescribe for epilepsy, it will kill them.

The problem is that this sort of resolution or legislation will create a layer of uncertainty and doubt about everything that we do. It could actually end up inhibiting us from behaving responsibly. It could inhibit us from behaving kindly. We might become reluctant to prescribe because the pharmacist who fills the prescription will be required to ask whether there have been three requests in writing from the patient.

Many of my medical colleagues tell me that that is a hysterical argument. However, I think it is a very real problem, and I think that the people who dispense medications in Oregon will be very inhibited now. Every time they see a potentially lethal prescription for barbiturates or narcotics, they will be nervous about filling it and being held responsible for assisting in an active death which was not done according to Hoyle.

I understand your argument and your point is very well taken.

**Senator Carstairs:** My final question has to do with the doctor-patient relationship. One of the situations which we have encountered is the change of doctor as death nears. A person is

[Translation]

**Le docteur Gordon:** La décision ultime ne se rapporte pas aux cas où l'on fait appel à l'euthanasie ou au suicide assisté parce que tout le reste est absurde et pas à des maladies comme le syndrome «de la claustration» ou d'autres maladies neurologiques horribles qui sont bien pires que tout ce que nous pouvons imaginer et bien pire que des handicaps. Je ne pense pas que l'euthanasie soit inévitable pour grand-chose d'autre. Je dis que nous ne sommes pas prêts et que nous devrions prendre le temps de sensibiliser la population, de sensibiliser les médecins, de nous donner plus de temps pour apprendre à faire face à ce que nous découvrons.

À certains égards, je pourrais dire que c'est une espèce de tactique de report à plus tard, mais c'est un délai qui a un but. C'est un délai afin de nous permettre de devenir plus sages, d'apprendre comment nous servir des outils, comment donner de meilleurs soins palliatifs. J'ai très peur des abus.

**Le sénateur Carstairs:** Moi aussi. Je crains que ces abus n'existent déjà et de n'avoir aucune emprise sur eux. Si nous devons changer la loi maintenant, j'aimerais pouvoir contrôler les abus. Voilà l'autre dilemme auquel nous sommes confrontés. Nous convenons qu'il y a des abus. Je n'ai aucun contrôle sur eux. Je n'ai pas d'information sur ces abus. Je ne peux obtenir de l'information à cause de la façon dont les rouages juridiques sont conçus actuellement.

**Le docteur Gordon:** Je suis d'accord, et je pense qu'il y a aussi d'autres problèmes. Vous êtes probablement au courant de la résolution adoptée récemment en Oregon. Il y avait un article très intéressant publié dans le *New England Journal* et signé par George Annas, avocat de l'université de Boston, avant que cette résolution ne soit adoptée. Cette résolution rend essentiellement tout explicite. L'idée consiste à tout exposer au grand jour afin que nous puissions critiquer et juger. Annas déclare que nous donnons déjà tous les jours à nos patients des ordonnances qui pourraient être mortelles. Si quelqu'un prend toute la bouteille de Dilantin que je prescris contre l'épilepsie, il en mourra.

Le problème, c'est que ce genre de résolution ou de législation apportera une part d'incertitude et de doute dans tout ce que nous faisons. Cela pourrait finir par nous empêcher d'agir de manière responsable. Cela pourrait nous empêcher d'agir avec bienveillance. Nous pourrions commencer à hésiter à prescrire certains médicaments parce que le pharmacien devra demander si le patient a présenté trois demandes par écrit.

Un grand nombre de mes collègues médecins me disent que c'est un argument hystérique. Je crois cependant que c'est un problème très réel et je pense que les gens qui prescrivent des médicaments en Oregon seront très paralysés désormais. Chaque fois qu'ils verront une ordonnance de barbituriques ou de narcotiques susceptible d'être mortelle, ils hésiteront à la remplir et auront peur d'être accusés d'avoir participé à activement à une mort assistée qui n'a pas été accomplie selon Hoyle.

Je comprends votre objection et elle est très fondée.

**Le sénateur Carstairs:** Ma dernière question se rapporte à la relation patient-médecin. L'une des situations que nous avons constatées est le changement de médecin lorsque la mort

[Text]

admitted to a palliative unit, the family doctor disappears from the scene, and the palliative physician takes over.

We see the same thing with respect to specialists. You know that you take over from the family doctor on occasion, particularly in your particular specialty. How does a patient develop the kind of relationship with the specialist that he or she may have had with the family physician?

**Dr. Gordon:** Obviously there is no answer to that question. There is something which I was tempted to put in my brief. This is not a 1994 problem. This has been a problem since 1886. It was written about in *The Death of Ivan Ilyich* by Tolstoy, in which he describes his encounter with his doctor. Ilyich only wanted to know whether his was a serious case. The doctor said that it was between catarrh and a floating kidney.

No one ever said that a specialist or doctor has to look at the ceiling when standing next to you, or talk to his shoes when in front of you. These are not medical problems, these are personality problems. How do you make doctors into kinder human beings? I am sure that Balfour Mount could sit down with you and, even if you had never seen him before, 15 minutes later you would be the most comfortable person in the world, because that is the kind of guy he is, or Marcel Boisvert, whom you also met. These are wonderful people.

I do not know the answer, but no one ever said doctors had to behave the other way.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je vous remercie, docteur Gordon, pour votre présentation. Sans indiscretion, docteur Gordon, vous êtes à quel hôpital?

**Le docteur Gordon:** À l'hôpital Charles-Lemoyne.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** C'est ce que j'ai pensé parce que vous avez parlé du Boulevard Taschereau.

Quand vous faites un parallèle entre les nouveaux-nés et les personnes adultes ou âgées, dans le premier cas on semble se poser moins de questions à savoir si l'on maintient ou non en vie les enfants handicapés ou on fait moins d'efforts particuliers pour les maintenir en vie, alors que pour les personnes âgées et les adultes, cela devient beaucoup plus complexe. Il y a deux questions que je vous voudrais vous poser.

Dans le cas des nouveaux-nés qui ont des défauts congénitaux, vous m'avez donné l'impression qu'on le faisait sur une base assez régulière sans s'en soucier trop, comparativement aux soucis qu'on se fait pour les personnes âgées.

**Le docteur Gordon:** Non, sénateur Lavoie-Roux, ce que je veux dire c'est que le fait qu'on le fasse, est accepté. Je ne veux pas dire que cela se fait sans soucis. Cela se fait avec beaucoup de soucis. L'on essaie de faire de plus en plus de recherches pour essayer de définir aussi précisément que possible, les enfants qui seront vraiment, sévèrement handicapés, ou même les enfants qui ont une possibilité de X pour cent de survie.

[Traduction]

approche. Un malade est admis aux soins palliatifs, le médecin de famille disparaît du portrait et le médecin affecté aux soins palliatifs prend la relève.

Nous constatons la même chose à propos des spécialistes. Vous savez que vous prenez la relève du médecin de famille à l'occasion, en particulier dans votre spécialité. Comment le patient développe-t-il avec le spécialiste le genre de rapport qu'il a pu avoir avec son médecin de famille?

**Le Dr Gordon:** De toute évidence, il n'y a pas de réponse à cette question. C'est un thème que j'ai été tenté d'aborder dans mon mémoire. Le problème n'est pas né en 1994. C'est un problème depuis 1886. Tolstoï en a parlé dans *La mort d'Ivan Ilyich*, lorsque ce dernier décrit sa première rencontre avec son médecin. Ilyich voulait seulement savoir si son cas était grave. Le médecin lui a dit que c'était entre une catharre et une néphroptose.

Personne n'a jamais prétendu qu'un spécialiste ou un médecin doit regarder au plafond lorsqu'il est debout à côté de vous ni qu'il doit parler à ses souliers lorsqu'il est devant vous. Ce ne sont pas des problèmes médicaux, ce sont des problèmes de personnalité. Comment rendre les médecins plus humains? Je suis certain que Balfour Mount pourrait s'asseoir devant vous et, même si vous ne l'avez jamais vu de votre vie, il vous aura mis très à l'aise en moins de 15 minutes, parce qu'il est fait ainsi, comme Marcel Boisvert, que vous avez rencontré également. Ce sont des gens fantastiques.

Je ne connais pas la réponse, mais personne n'a jamais dit que les médecins devaient se comporter autrement.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you for your presentation. Without wanting to be indiscreet, may I ask at which hospital you work?

**Dr. Gordon:** At Charles-Lemoyne Hospital.

**Senator Lavoie-Roux:** I thought as much, since you mentioned Taschereau Boulevard.

You draw a parallel between newborn infants and adults and the elderly. In the first case, people seem to have fewer questions about whether or not disabled children should be kept alive or whether less effort should be made to keep them alive, whereas in the case of adults or the elderly, the issue is far more complex. I have two questions for you.

In the case of newborns with congenital defects, you gave me the impression that treatment was regularly withheld and that this did not seem to cause any great concern, compared to the concerns expressed about the elderly.

**Dr. Gordon:** No, what I mean is that the fact we withhold treatment is accepted. But we also do feel considerable concern. We are trying to do more and more research to define as precisely as possible which children will really be severely handicapped or even which children have x chances of survival.



[Texte]

C'est quelque chose qui est pris très sérieusement. Je ne voulais pas impliquer cela. Tout ce que je voulais dire c'est qu'on le fait. On l'accepte. On accepte que cela se fasse. Cela se fait sur une base de qualité de vie. On ne le fait pas chez le bébé parce qu'on pense qu'il va ne pas survivre. On va peut-être arrêter un traitement parce que c'est inutile, parce que cela ne sert à rien, cela ne marche pas.

Mais la question de cesser un traitement parce que l'on voit que l'enfant va être sévèrement handicapé mentalement, par exemple, c'est une décision que l'on peut même presque appeler «eugénique».

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Même à ce moment-là, il peut y avoir aussi une marge d'erreur.

**Le docteur Gordon:** Oui, absolument, sénateur Lavoie-Roux.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** On a eu ici comme témoin un enfant trisomique qui avait 15 ou 16 ans et qui travaillait. Pourtant aujourd'hui avec l'amniocentèse, si l'enfant est handicapé, on offre aux femmes, à ce moment-là, un avortement.

Je pense qu'il peut y avoir aussi des erreurs qui se font.

**Le docteur Gordon:** Absolument, sénateur Lavoie-Roux, et je pense que l'implication de ce que je dis pourrait être que, peut-être, on devrait dire qu'on cesse cela au lieu de commencer l'autre. Je ne veux pas dire que c'est mon argument mais il y a des gens qui disent que l'on ne devrait jamais prendre une décision au sujet de l'avortement ni au sujet de la cessation du traitement au début de la vie, basée sur des questions de qualité de vie.

Il y a des gens qui disent que c'est clairement de l'eugénisme, point final. Qu'on ne le fasse pas, point. Je pense que c'est un argument qui est un peu plus fort que je le ferais moi-même mais je pense qu'il y a quelque chose là-dedans à considérer.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Sur la question des abus, les gens sont venus ici et ils nous ont dit qu'euthanasier les gens cela se faisait presque couramment et que cela se faisait par le truchement des médicaments, du soulagement de la douleur, et cetera. Si vous prenez uniquement votre hôpital, est-ce que vous avez une connaissance sur la fréquence de ces choses-là.

**Le docteur Gordon:** Cela n'existe pas. D'un point de vue pratique, je pense que l'euthanasie active ne se fait pas. Mais il y a beaucoup de traitements qui entre dans le « double effet » qui vont raccourcir la vie; cela, on le sait.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ah, oui?

**Le docteur Gordon:** Comme je vous ai dit dans ma présentation, il y a bien des médecins qui disent eux-mêmes: « Moi je fais de l'euthanasie ». Moi, je ne pense pas que ce soit de l'euthanasie. Personnellement, je pense que ce n'est pas l'euthanasie. Cela se fait. Mais l'euthanasie où les gens vont donner consciemment une injection mortelle. Non, chez nous, cela ne se fait pas.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Maintenant, on dit que si on ouvrait pour l'euthanasie, on pourrait mieux contrôler ce qui peut être l'euthanasie clandestine et tout ce qui en découle.

[Translation]

It is something that we take very seriously. I was not implying otherwise. All I meant was that it is accepted practice to withhold treatment. The quality of life is a consideration. We do not withhold treatment from an infant because we think that child will not survive. We withhold treatment because further treatment is useless, because it will not accomplish anything.

However, when it is a matter of withholding treatment in the case of a child, for example, that will be severely handicapped, then the decision is almost "eugenic".

**Senator Lavoie-Roux:** But even then, there is a margin of error.

**Dr. Gordon:** Yes, absolutely.

**Senator Lavoie-Roux:** One of the witnesses to testify before this committee was a 15 or 16 year old with Down's Syndrome who also held down a job. And yet today, with amniocentesis, if the fetus is abnormal, women are given the option of having an abortion.

I think that mistakes can also be made.

**Dr. Gordon:** I agree completely. Perhaps we should stop this course of action, rather than move in the other direction. I am not saying that this is my position, but there are those who say that a decision concerning abortion or the cessation of treatment at birth should never be based on quality of life considerations.

Some would say that this is eugenism, pure and simple, and that this practice should cease. I would not go that far, but I think that it is something we should consider.

**Senator Lavoie-Roux:** Concerning abuses, witnesses have testified that euthanasia is almost common practice and that it is carried out using drugs, painkillers and so forth. Are you aware of how frequently this practice is carried out at your hospital?

**Dr. Gordon:** It is not. From a practical standpoint, I think that active euthanasia does not happen. However, it is common knowledge that many courses of treatment produce a double effect and will shorten a person's lifespan.

**Senator Lavoie-Roux:** Really?

**Dr. Gordon:** As I said in my presentation, many physicians feel that they commit euthanasia already. I do not believe that what they are doing is committing euthanasia. It happens. But as for deliberately administering lethal injections, no, that does not happen.

**Senator Lavoie-Roux:** There are those who maintain that if euthanasia was allowed, the practice of hidden euthanasia and all this implies could be better controlled.

[Text]

Vous avez sans doute examiné la situation de la Hollande. En Hollande, on a ouvert. C'est censé être ouvert, en tout cas. Mais est-ce que l'on a contrôlé les abus?

**Le docteur Gordon:** Comme vous le savez bien il y a deux interprétations des événements en Hollande. Il y a des gens qui disent que c'est hors contrôle. Il y en a d'autres qui disent que c'est bien contrôlé. Moi, je ne sais pas si c'est l'un ou l'autre? Parce que si l'on dit qu'il y a 2 500 euthanasies, sans consentement, est-ce que cela veut dire qu'il y a des abus ou non?

Moi, je pense que l'on ne devrait pas se comparer avec la Hollande, honnêtement.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Le raisonnement que je vous entendais faire précédemment avec le sénateur Carstairs à l'effet que si vous ouvrez qu'il serait plus facile de contrôler les abus. Le seul exemple auquel on peut se référer dans ce sens-là, où on a ouvert, le résultat est que...

**Le docteur Gordon:** Oui, le résultat est que ce n'est pas bien contrôlé.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ce n'est pas mieux contrôlé.

**Le docteur Gordon:** Ma réponse au sujet de la Hollande: selon ce que je vois, je ne sais pas si c'est bien contrôlé ou non.

Je pense que les situations sont tellement différentes à cause des différences culturelles. Je pense que les conséquences du manque de contrôle en Hollande sont bien différentes des conséquences au Canada ou aux États-Unis.

La probabilité de faire une faute en faisant l'euthanasie sans consentement, en Hollande, est moindre que la probabilité de faire une faute ici. Parce qu'il y a une distance entre les gens au Canada et aux États-Unis, dans les pays multiculturels. Et il y a une distance, entre les gens, qui est beaucoup plus grande que la distance, entre les gens, dans un pays relativement homogène comme la Hollande.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ma dernière question, madame la présidente. Je pense vous l'avez dit d'ailleurs, et j'ai cru sentir que, quelles que soient les décisions, vous craignez les abus de toute façon et vous dites que c'est inévitable, à long terme ou à moyen terme. Est-ce que vous avez réfléchi sur les lignes directrices pour prévenir ces abus-là?

**Le docteur Gordon:** Oui, je pense qu'il y a deux problèmes avec cela. Je l'avais dans mon résumé, mais j'ai oublié de le mentionner. C'est un «two edges sword», les lignes directrices.

Si l'on essaie de faire cela... d'abord, on peut toujours travailler autour. Les sauvegardes ne sont jamais que les lignes directrices. Même maintenant, comme le consentement ou autre chose, on peut toujours travailler autour, si on veut le faire.

L'autre problème est que la plupart des efforts pour régler l'aide médicale à la mort vont impliquer l'insertion d'une tierce personne dans le dialogue avec le médecin. Cela va diminuer, premièrement, la confidentialité et deuxièmement le rapport entre le patient et le médecin.

[Traduction]

No doubt you have examined the situation in Holland. In that country, euthanasia is carried out openly. At least it is supposed to be. However, have abuses been controlled?

**Dr. Gordon:** As you well know, events in Holland are interpreted two ways. Some maintain that the situation has got out of hand. Others insist that sound controls are in place. I am not certain who is telling the truth. If it is true that 2,500 people have been involuntarily euthanized, does this mean that abuses are occurring?

I honestly do not feel that we should be drawing comparisons with Holland.

**Senator Lavoie-Roux:** Earlier, you told Senator Carstairs that you felt that allowing euthanasia would make it easier to control abuses. We have only one example as a reference point, and in that case, the results —

**Dr. Gordon:** The results showed that the practice is not controlled well.

**Senator Lavoie-Roux:** Not controlled any better.

**Dr. Gordon:** As far as Holland is concerned, I cannot say whether the practice is well controlled or not.

The situations are so very different because of the different cultures. In my view, the consequences of the lack of controls in Holland are quite different from the consequences in Canada or in the United States.

There is less likelihood of an error occurring in Holland when involuntary euthanasia is carried out than there is here. The reason for this is that people living in Canada, the United States and other multicultural countries are not as close as people living in a relatively homogenous country such as Holland.

**Senator Lavoie-Roux:** I have one last question, Madam Chair. I sense that, regardless of the decisions made, you are concerned that abuses will occur. You say that this is inevitable in the long term or in medium term. Have you given any thought to guidelines to prevent such abuses?

**Dr. Gordon:** Yes, I have, but I believe this poses two problems. I had noted this in my summary, but I neglected to mention it. Guidelines are a double-edged sword.

For one thing, it is always possible to work around guidelines. Guidelines are never safeguards. It is even possible today to get around the issue of consent, if that is what one wants.

For another, most efforts to regulate medical assistance at the time of death will involve the inclusion of a third party in conversations with the physician. This will hinder confidentiality and the physician-patient relationship.



[Texte]

Je pense qu'il y aura un coût à payer pour protéger contre les abus. Mais je pense que si on va légaliser ou décriminaliser, cela est clair, il faut en avoir, mais lesquels. Cela est la question. Cela est une question ultérieure. Je ne veux pas toucher à cela.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Pour le moment, il faut des études supplémentaires.

**Le docteur Gordon:** Mais, je me méfie de cela. Il faut dire que l'Allemagne était un pays en 1930, 1935, qui était inondé de lignes directrices. Tout était écrit. C'est pour cela que l'on sait ce qui est arrivé, parce que tout était fait selon les règlements.

Les règlements peuvent protéger le mal aussi.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je vous remercie.

**Senator Desmarais:** Dr. Gordon, we heard about the fact that sedation is sometimes being used in palliative care. You mentioned a barbiturate coma. Could you describe these for me and tell us how they are induced, and what is the anticipated outcome?

**Dr. Gordon:** The specific cases of barbiturate coma of which I spoke were those which would be induced for the purpose of controlling epileptic seizures. The cases which have been written about by other people, and about which Dr. Mount spoke when he presented to you, are very different. Barbiturate coma is an injection of a barbiturate, which is a class of medication, by vein, which essentially induces anaesthesia. The patient goes to sleep, and essentially becomes prepared for an operation.

There is also a therapeutic use of barbiturates for epilepsy which does not respond to any other treatment. If someone has seizures which will not stop, that is an accepted therapeutic treatment. No one would ever dispute that.

The case about which Dr. Mount spoke was very different. It has been written about in the *New England Journal* by a group of paediatricians from Harvard. It is the use of barbiturates to induce coma in people who are suffering so badly, and whose pain is so uncontrollable, that the only way to control it is literally to put them to sleep.

The problem with using barbiturate coma to control pain is that there is absolutely no way of knowing the situation of the patient. In other words, if I am having terrible pain and you put me in a barbiturate coma, I am no longer having pain, but I am not awake, so you have no idea when, how or if you can withdraw the medication and let me wake up. Chances are that when I wake up, I will have pain again. It will be just the way it was before, and then you will have to put me to sleep again.

I did not use the word "absurd" in the English sense of ridiculous. I meant absurd also in the Camus sense of "absurde". It is beyond the pale to put someone who is in pain to sleep and to keep him asleep indefinitely. There is no end to that treatment. That is not playing God; that is playing the Brothers Grimm. You have Sleeping Beauty right in front of you. The problem is that there is no antidote. It is as though you hope she will wake up some day when there is a cure for her pain.

[Translation]

In my view, there will be a price to pay for safeguarding against abuse. If we are going to legalize or decriminalize euthanasia, then clearly we need guidelines, but which ones? That is the question we ultimately will have to address. I do not want to get into that.

**Senator Lavoie-Roux:** For now, we need to carry out more studies.

**Dr. Gordon:** I must admit that I am somewhat wary. Germany in 1930 or 1935 was awash in regulations. Everything was written down. And we know what happened because regulations were followed.

Regulations can also protect evil.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you.

**Le sénateur Desmarais:** Docteur Gordon, nous avons entendu dire que des sédatifs sont parfois administrés comme soins palliatifs. Vous avez parlé de coma aux barbituriques. Pouvez-vous me le décrire et nous dire comment il est provoqué et quels sont les résultats prévus?

**Le docteur Gordon:** Les cas précis de coma barbiturique dont j'ai parlé sont ceux qui seraient provoqués afin de contrôler les crises d'épilepsie. Les cas qui ont été décrits par d'autres, et dont le docteur Mount vous a parlé quand il a témoigné devant vous, sont très différents. Le coma barbiturique consiste à injecter un barbiturique, qui est une forme de médicaments, par voie intraveineuse et qui, essentiellement, provoque une anesthésie. Le patient s'endort et devient prêt à subir une intervention.

Il y a aussi une utilisation thérapeutique des barbituriques pour les cas d'épilepsie qui ne répondent à aucun autre traitement. Lorsqu'un épileptique a une crise qui ne veut pas finir, c'est un traitement thérapeutique accepté. Personne ne le conteste.

Le cas dont le docteur Mount vous a parlé était très différent. Il en a été décrit dans le *New England Journal* par un groupe de pédiatres de Harvard. Il s'agit d'utiliser des barbituriques pour provoquer un coma chez des personnes qui souffrent tellement et dont la douleur est si impossible à soulager que la seule façon de l'apaiser c'est d'endormir littéralement le malade.

Le problème que pose le coma aux barbituriques comme moyen de soulager la douleur est qu'il est absolument impossible de connaître l'état du patient. Autrement dit, si je souffre terriblement et que vous provoquez un coma barbiturique, je n'ai plus mal, mais je ne suis plus éveillé, vous ne savez donc pas quand interrompre le traitement ou s'il est possible de le faire et que je m'éveille. Il y a de fortes probabilités que je souffre à nouveau quand vous me réveillerez. Ce sera comme avant et vous devrez me rendormir à nouveau.

Je n'ai pas employé le terme absurde dans le sens de ridicule. Je veux dire absurde dans le sens que lui donne Camus. Cela dépasse l'entendement d'endormir quelqu'un qui souffre et de le laisser dormir indéfiniment. Il n'y a pas de fin à ce traitement. Ce n'est pas se prendre pour Dieu, c'est se prendre pour les frères Grimm. La Belle au bois dormant est devant vous. Le hic c'est qu'il n'y a pas d'antidote. C'est comme si vous espériez qu'elle s'éveille un jour, lorsqu'il y aura un remède à son mal.

[Text]

**Senator Desmarais:** How long can that go on?

**Dr. Gordon:** It can go on as long as life support can be continued. Correct me if I am wrong, Dr. Keon, but I think that, in principle, it could go on forever. Presumably the people for whom that would be done are people who have severe, perhaps terminal, illnesses, and therefore they might die of other causes. The problem is that once you put them in that coma, they are hooked up to ventilators and other life support systems.

To anticipate an alternative question, one might say that you could do it without hooking them up to the ventilator. That was the case I was talking about before. That is pure, unadulterated sophistry. If I give someone an anaesthetic dose of barbiturates, he will stop breathing. To say that I do not intend to kill him when I do it, but that I will not intubate him, does not hold water.

The problem with the barbiturate response to intractable pain is that it is endless. There is no therapeutic goal. Most of the things we do in medicine work, and then we stop doing them. I do not see the end of that one.

**Senator Keon:** I will follow up on that. Does section 241 of the Criminal Code scare you, the fact that it could be construed as an assisted suicide?

**Dr. Gordon:** No, because what I do, I do with the families of the patients. I believe, as you know a thousand times better than I do because you have been at it longer, that your best protection against the Criminal Code or any other medical-legal problem is to involve the family. No one will accuse you of doing something horrible if they agreed with what you did. However, that is sometimes difficult.

**Senator Keon:** Do you think there is any need for clarification of some of the procedures in withdrawal of treatment?

**Dr. Gordon:** I am not sure that I know exactly what you mean.

**Senator Keon:** There is controversy about whether you should be free to withdraw hydration, caloric content and so forth, at a point in time when you have withdrawn other things.

**Dr. Gordon:** That will never get easy. That was essentially the problem I had with this elderly lady who wanted to withdraw her own nutrition and hydration. In neurology right now, as you may be aware, the party line is that for people in a persistent vegetative state, it is considered to be medically and ethically appropriate to withdraw nutrition and hydration. I do not think there is great ambiguity there. There are people who disagree with that, by the way. The inevitable problem will be in more difficult cases. I do not see any way of making it easier. Maybe that is because I have not thought about it enough, but I cannot imagine how you can make it easier. I think it will stay difficult.

[Traduction]

**Le sénateur Desmarais:** Combien de temps cela peut-il durer?

**Le docteur Gordon:** Tant que le maintien en vie se poursuit. Corrigez-moi si j'ai tort, docteur Keon, mais je pense que, en principe, cela pourrait durer indéfiniment. On peut supposer que les gens à qui cela s'appliquerait seraient atteints de maladies graves, peut-être en phase terminale, et qu'elles pourraient donc mourir d'autres causes. Le problème c'est que lorsqu'on provoque le coma, elles sont branchées à des respirateurs et à d'autres appareils de maintien en vie.

Pour aller au-devant d'une autre question, on pourra vous dire qu'il est possible de provoquer le coma sans brancher le respirateur. Cela correspond au cas que je vous ai décrit. C'est un sophisme à l'état pur. Si je donne à quelqu'un une dose de barbituriques de nature à l'anesthésier, cette personne cessera de respirer. Affirmer que je n'ai pas l'intention de la tuer en agissant ainsi, mais que d'un autre côté je ne l'intuberai pas, est un raisonnement qui ne tient pas.

Le problème que posent les barbituriques administrés pour apaiser une douleur incurable est qu'il n'y a pas de fin. Il n'y a pas de but thérapeutique. La plupart de nos actes médicaux fonctionnent, puis nous y mettons fin. Je ne vois pas de fin à celui-là.

**Le sénateur Keon:** Je vais me renseigner à ce sujet. L'article 241 du Code criminel vous effraie-t-il, le fait que cela pourrait être perçu comme un suicide assisté?

**Le docteur Gordon:** Non, parce que ce que je fais, je le fais avec les familles des patients. Je crois, vous le savez probablement beaucoup mieux que moi parce que vous avez plus d'expérience, que la meilleure protection contre le Code criminel ou tout autre problème médico-légal c'est de faire participer la famille. Personne ne vous accusera de faire quelque chose de terrible si tous sont d'accord avec ce que vous faites. C'est parfois difficile, cependant.

**Le sénateur Keon:** Pensez-vous qu'il faut préciser certaines procédures relatives à l'interruption d'un traitement?

**Le docteur Gordon:** Je ne suis pas certain de bien vous comprendre.

**Le sénateur Keon:** Il y a une controverse quant à savoir si vous devriez être libre d'interrompre l'hydratation, le contenu calorique, et cetera après que d'autres traitements ont été interrompus.

**Le docteur Gordon:** Ce ne sera jamais facile. C'est essentiellement la question que je me posais au sujet de cette vieille dame qui voulait cesser de boire et de manger. En neurologie actuellement, comme vous le savez peut-être, les directives sont que, pour les personnes dans un état végétatif permanent, il est considéré médicalement et moralement acceptable d'interrompre la nutrition et l'hydratation. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'ambiguïté à ce chapitre. Certains ne sont pas d'accord, soit dit en passant. Le problème inévitable se pose pour les cas plus difficiles. Je ne vois pas de façons de faciliter les choses. Peut-être parce que je n'y ai jamais assez réfléchi, mais je ne peux imaginer



[Texte]

**Senator Keon:** It is interesting to hear you say that you believe euthanasia is coming, but that our society is not ready at this point in time to accept it. I am extrapolating now, but I believe you are also comfortable with the legislation as it relates to assisted suicide in the Criminal Code.

**Dr. Gordon:** I am reasonably comfortable with it as it is. With regard to legalizing euthanasia, I am worried that cases which are now hard will be perceived as easy, and that people like my elderly lady will be given lethal injections by well-meaning people who will say, "She just wants to die anyway." That has to do with my patient population.

You need to talk to people who confront a different kind of intractable suffering. I refer to people like oncologists and palliative caregivers. However, even people in palliative care are a select group. You need to talk to oncologists more than people in palliative care to find out what the degrees of comfort are among people in general, among doctors in general, with the law as it exists.

I would not use myself as an example of anything in that respect. I simply do not really fear the law. I do not give it all that much account. I gave it some account with that lady where I was dancing around trying to figure out how not to do euthanasia, because I could not imagine giving her a lethal injection and telling myself that it was not a lethal injection, so I did not. That is the first time in six years I had had to do that. I never had to do it as a resident.

**Senator Keon:** You also raised the interesting experience of sitting at a conference where there were a lot of non-medical people, and being confronted with the expression of a lack of confidence in the medical profession. It is clear from listening to testimony here that there are groups in society who have lost confidence with the medical profession, and with society as it is structured. In other words, they feel that society is failing them, and they want new legislation which will allow them to pick the time of their passing, so to speak. Have you any idea how to deal with that group in society?

**Dr. Gordon:** The easy answer is to just say no, but that is flip, and it is not right. My answer to that question is all those other things. It is to not keep talking about palliative care and to not keep giving people the impression that palliative care is some kind of alternative treatment. It is not. Make sure that everyone knows that neurologists give palliative care to their patients, and dermatologists give palliative care to their patients. I do it all the time. I give my patients palliative care at the same time as I am giving them active, aggressive, curative treatment, most of the time. In that way people will come to understand that they will get palliative care from their doctors. That means kindness, decency, being treated as people. It does not mean a specific protocol for dealing with a specific kind of problem, although

[Translation]

comment on peut faciliter les choses. Je pense que ce sera toujours difficile.

**Le sénateur Keon:** C'est intéressant de vous entendre déclarer que vous croyez l'euthanasie prochaine mais que vous ne pensez pas notre société prête à l'accepter. J'extrapole maintenant, mais je crois que vous êtes assez à l'aise avec la législation relative au suicide assisté exprimée dans le Code criminel.

**Le docteur Gordon:** Je suis raisonnablement à l'aise avec les dispositions actuelles. En ce qui concerne la légalisation de l'euthanasie, je crains que les cas qui sont difficiles actuellement ne soient perçus comme faciles et que des gens comme ma vieille dame ne reçoivent une injection mortelle donnée par des gens bien intentionnés qui se diront qu'elle veut mourir de toutes façons. C'est lié au genre de patients que j'ai.

Il faut parler aux gens qui font face à des douleurs incurables. Je pense à des gens comme les oncologues et ceux qui dispensent des soins palliatifs. Mais même les professionnels des soins palliatifs sont un groupe particulier. Il faut discuter davantage avec les oncologues qu'avec les professionnels des soins palliatifs afin de déterminer dans quelle mesure les gens en général, les médecins en général, se sentent à l'aise face à la loi telle qu'elle existe actuellement.

Je ne me citerais pas en exemple à cet égard. Je ne crains tout simplement pas la loi. Je n'en tiens pas vraiment compte. J'y ai pensé lorsque je me suis occupé de cette vieille dame et que je me débattais pour essayer de trouver comment ne pas recourir à l'euthanasie, parce que je ne pouvais pas m'imaginer en train de lui donner une injection mortelle sans essayer de me faire croire qu'elle ne le serait pas. Par conséquent, je ne l'ai pas fait. C'était la première fois en six ans. Cela ne m'était jamais arrivé quand j'étais résident.

**Le sénateur Keon:** Vous avez aussi évoqué l'expérience intéressante de cette conférence où il y avait un grand nombre de gens extérieurs au monde médical et où vous avez été confronté à l'expression d'un manque de confiance envers les médecins. Il ressort clairement des témoignages entendus ici que des groupes de la société n'ont plus confiance dans la profession médicale et dans la société, telle qu'elle est structurée actuellement. Autrement dit, ils estiment que la société les abandonne et ils veulent une nouvelle législation qui leur permettra de choisir le moment de s'en aller, si je peux dire. Avez-vous une idée de la façon de réagir face à ce groupe de la société?

**Le docteur Gordon:** La réponse facile est non, mais ce serait s'esquiver et ce n'est pas correct. Ma réponse à cette question, c'est de recourir à tous les autres moyens. C'est ne pas parler des soins palliatifs comme s'il s'agissait d'un traitement de rechange et ne pas donner aux gens l'impression qu'il en est un. Ce n'en est pas. S'assurer que tout le monde sait que les neurologues donnent des soins palliatifs à leurs patients et que les dermatologues font de même. Je le fais tout le temps. Je dispense des soins palliatifs en même temps que je leur donne des traitements actifs, agressifs et thérapeutiques, la plupart du temps. De cette façon, les gens finiront par comprendre qu'ils obtiendront des soins palliatifs de leurs médecins. Cela veut dire de la bienveillance, de l'honnêteté, traiter les gens en êtres humains. Cela ne veut pas dire un

[Text]

that may be included in your training. That is the first thing to do.

The second thing is to make absolutely certain that people with disabilities are respected and treated properly, and that society adapts to them so that we no longer need to see euthanasia as a response to problems for which it is not appropriate.

When I say that I believe euthanasia is inevitable, I am talking about very rare cases, not when life is not worth living but when it becomes absurd for the medical profession to do all kinds of things which really just satisfy our need not to end life, such as the case I described with the myeloma patient. Maybe the answer is just to say no for the time being, but to do everything else, so that "no" ends up not being a harsh "no" but merely a tradeoff.

One of the reasons I am concerned about the whole situation is that it really is easier to legalize euthanasia. It is a lot cheaper to legalize euthanasia than to put wheelchair ramps in all the buildings in the country. That is not to say that those are comparable. It is a big problem.

**The Chairman:** Doctor Gordon, thank you very much for your attendance here today. Your comments to us are very helpful.

**Dr. Gordon:** Thank you for hearing me.

**The Chairman:** We are very glad to have you with us, Mr. Pickup.

**Mr. Mark Pickup:** Thank you for inviting me here today. The issue of euthanasia and assisted suicide in Canada is of great concern to me, and that is why I have come. As you can plainly see, I am disabled. I was diagnosed with multiple sclerosis in 1984 at the age of 30. The course of my disease has been active throughout the last ten and a half years. I was forced to retire from my career in 1991. After retiring, I went into a clinical depression. I suppose it had a lot to do with being put out to pasture at the age of 38. However, in fairness, it also was just one in a long litany of shocks that I have faced since the onset of the disease.

My experience with disability may differ from that of a person who was born disabled, or who was perhaps disabled as a child. To me, disability was the rudest shock that I had encountered in adult life. As a boy, I was willowy, healthy and agile. As a young husband and father, our family life was very active. At work, I was quickly admitted into the circle of powerbrokers. I was not one to be overlooked, and I am told that in my small way I was a mover and shaker.

The onset of multiple sclerosis was sudden. I went dead from the waist down. I could not distinguish something hot from something cold. I could not distinguish blunt from sharp. Overnight, I lost the use of my right hand, and I am right-handed. My wife had to help me dress. For a time, I could not hold a pencil, and when I came to the point where I could, I scribbled like a little kid. Within a week, I had gone from the world of the

[Traduction]

protocole précis face à un problème précis, encore que cela pourrait faire partie de la formation. C'est la première chose à faire.

Deuxièmement, il faut être absolument certain que les handicapés sont respectés et traités correctement, et que la société s'adapte à eux afin que nous n'ayons plus besoin de l'euthanasie comme solution qui ne convient pas aux problèmes.

Quand je dis que je crois l'euthanasie inévitable, je pense aux cas très rares, pas lorsque la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et qu'il devient absurde pour les médecins de s'acharner simplement pour satisfaire notre besoin de ne pas mettre un terme à la vie, comme c'était le cas de cette patiente atteinte d'un myélome. La réponse consiste peut-être simplement à refuser pour le moment, mais à faire tout le reste, afin qu'un «non» finisse par être non pas un «non» radical mais simplement un compromis.

L'une des raisons pour lesquelles je m'inquiète de toute cette situation est qu'il est généralement plus facile de légaliser l'euthanasie. Cela coûte beaucoup moins cher de légaliser l'euthanasie que d'installer des rampes pour fauteuils roulants dans tous les immeubles du pays. Cela ne veut pas dire que les deux soient comparables. C'est un grand problème.

**La présidente:** Docteur Gordon, nous vous remercions beaucoup de votre présence ici aujourd'hui. Vos observations nous sont très utiles.

**Le docteur Gordon:** Merci de m'avoir écouté.

**La présidente:** Nous sommes très heureux d'accueillir M. Pickup.

**M. Mark Pickup:** Merci de m'avoir invité aujourd'hui. La question de l'euthanasie et du suicide assisté au Canada me préoccupe grandement. C'est ce qui explique ma présence ici. Comme vous pouvez le voir, je suis handicapé. On a diagnostiqué la sclérose en plaques en 1984, quand j'avais 30 ans. Ma maladie est active depuis dix ans et demi. J'ai dû mettre fin à ma carrière en 1991. Après ma retraite, j'ai fait une dépression clinique. Je suppose que c'était grandement lié au fait qu'on se débarrassait de moi à 38 ans. Mais pour être honnête, ce n'était qu'un des nombreux chocs auxquels j'ai dû faire face depuis le début de la maladie.

Mon expérience dans le monde des handicapés diffère peut-être de celle de quelqu'un qui est né handicapé ou qui est devenu handicapé dans son enfance. Pour moi, ce fut le pire choc de toute ma vie d'adulte. Enfant, j'étais souple, en santé et agile. Quand j'étais jeune mari et jeune père, notre vie familiale était très active. Au travail, j'ai vite fait partie du cercle des ambitieux. Je ne passais pas inaperçu et on dit que, à ma façon, je faisais bouger les choses.

La sclérose en plaques s'est manifestée soudainement. J'ai perdu l'usage de mes membres inférieurs. Je ne pouvais plus distinguer le froid du chaud. Je ne pouvais plus distinguer ce qui était émoussé de ce qui était tranchant. Du jour au lendemain, j'ai perdu l'usage de ma main droite et je suis droitier. Ma femme devait m'aider à m'habiller. Pendant un certain temps, je ne pouvais pas tenir un crayon et j'en suis venu au point où quand



*[Texte]*

able bodied to the world of the disabled, and they are distinctly different worlds, rather like two solitudes.

From 1984 to 1987, I found myself on a relentless slide downhill. The pattern of attack and remission was so volatile that I would go to bed at night not knowing what I would wake up with or wake up without. My vision was affected for a while. I would lose the ability to speak, and I would froth like an imbecile. I would gain my speech back, lose it, gain it, lose it. I would go incontinent and dirty myself. I would lose the use of my arm and hand, gain it, lose it, gain it, lose it. I would lose sensation. I would lose short term memory and experience confusion. In fact, that is what drove me from my career in the end. I would go spastic. I would experience a crippling fatigue, and I still do.

All these symptoms would come with no guarantee that they would go away. Happily, most of them have abated. However, with the passage of time, I found myself increasingly needing the assistance of more gizmos to get about, to the point where now, on good days, I use a cane around the house and my scooter for distances of more than about half a block. During my bad times, I am confined to a chair — or worse, bed — and I know that there is a good chance that my destiny is to be bedridden, barring an effective treatment being developed for multiple sclerosis. At this time, there really is nothing. There is no cure. There is not even an effective way to stop the course of multiple sclerosis.

I share this with you, senators, because I want to illustrate that I could one day be a candidate for so-called mercy killing. I want to illustrate for you, too, that in the early, dark days of my disability, I needed to grieve my loss. In fact, at about the two to three year point with multiple sclerosis, my grief was so unimaginable, my sorrow so deep, my heartache so sharp, that my judgment was clouded. I say to you today that I am glad there was no one in the business of granting death wishes back in the mid 1980s. I say this with the knowledge that my grieving may not yet be over; that multiple sclerosis may not yet be finished with me.

Hindsight is 20-20, is it not? I look back now with the understanding that I did not need someone standing beside me to offer me death with dignity. I did not need clichés like the ever-nebulous quality of life, or a misguided commitment to self-determination. I did not need pat slogans and easy answers like “death with dignity,” whatever that means. The road to dignity is usually found in the opposite direction of pat answers and easy solutions. It was Helen Keller who said that when it seems that our sorrow is too great to be borne, let us think of the great family of the heavy hearted into which our grief has given us entrance. Inevitably we feel about us their arms, their sympathy, their understanding. Everyone needs to belong to community in its truest and most complete sense.

*[Translation]*

j'écrivais, cela ressemblait à des gribouillis d'enfant. En une semaine, je suis passé du monde des gens en santé à celui des handicapés et ce sont vraiment deux mondes bien différents, plutôt deux solitudes.

De 1984 à 1987, je n'ai cessé de descendre la côte. Les attaques et les rémissions étaient si aléatoires que je me couchais le soir sans savoir comment je me réveillerais ou ce qui me manquerait à mon réveil. Ma vision a été affectée pendant un certain temps. Je ne pouvais plus parler et je divaguais comme un idiot. La parole me revenait, je la perdais, elle revenait, je la perdais à nouveau. J'étais incontinent et je me salissais. Je perdais l'usage d'un bras et d'une main, je le retrouvais, je le perdais et je le retrouvais. Je perdais le toucher. Je perdais la mémoire à court terme et j'étais confus. J'avais des spasmes. J'étais épuisé, et je le suis encore.

Tous ces symptômes venaient sans que je sache s'ils allaient disparaître. Heureusement, la plupart se sont atténués. Mais avec le temps, j'ai constaté que j'avais de plus en plus besoin de l'aide de toutes sortes de machins pour me déplacer, au point où maintenant, les beaux jours, je me déplace dans la maison à l'aide d'une cane et en triporteur pour des distances supérieures à un demi-bloc. Les mauvais jours, je suis rivé à mon fauteuil (ou pire) alité et je sais qu'il y a de fortes possibilités de finir mes jours au lit, à moins qu'on trouve un traitement efficace contre la sclérose en plaques. Pour l'instant, il n'y a rien. Il n'y a pas de remède. Il n'y a même pas de moyen efficace de freiner l'évolution de la maladie.

Je vous raconte cela, sénateurs, parce que je veux montrer qu'un jour je pourrais être un candidat à ce qu'on appelle le meurtre par compassion. Je veux vous montrer également qu'aux premiers jours sombres de ma maladie, j'ai dû faire mon deuil de ma perte. De fait, après deux ou trois ans de maladie, ma peine était si unimaginable, ma tristesse si profonde, mon cœur si gros, que je ne pouvais plus raisonner. Je vous affirme aujourd'hui que je suis content que personne n'ait pu donner suite à des souhaits de mort au milieu des années 80. Je le dis en sachant que ma peine n'est peut-être pas encore terminée; que la sclérose en plaques n'a pas encore dit son dernier mot.

Avec le recul, on voit très clair, n'est-ce pas? Je regarde en arrière maintenant et je comprends que je n'avais pas besoin de quelqu'un à mes côtés pour m'offrir la mort dans la dignité. Je n'avais pas besoin de clichés comme la très nébuleuse qualité de la vie, ni un désir d'autonomie mal avisé. Je n'avais pas besoin de slogans d'encouragement ni de réponses faciles comme la «mort dans la dignité», peu importe ce que cela veut dire. Le chemin de la dignité se trouve habituellement dans la direction inverse des slogans d'encouragement et des solutions faciles. Helen Keller a déclaré que, quand notre peine nous semble trop grande pour pouvoir être supportée, nous devons penser à la grande famille des cœurs lourds dans laquelle notre peine nous a fait entrer. Inévitablement, nous sentons autour de nous leurs bras, leur sympathie, leur compréhension. Tout le monde a besoin de faire partie d'une communauté dans son sens le plus vrai et le plus complet.

## [Text]

When I refer to community, I do not want to confuse the word with the physical locality in which we happen to live. Let me talk about a significant community. I want to avoid the phrase "caring community" because the word "caring" has often been twisted, as was recently done in Saskatchewan. Unfortunately, the term "nurturing community" has become a term of social work. It is unfortunate, because what I am talking about is nurture and caring. I use the phrase "significant community", as short as it falls, because I mean a community that is much more significant. I use that for want of a better phrase.

By "significant community", I am referring to a network of people who provide nurture for each other, and create a living environment that is inviting for all its members, and where relationships are important, and interdependence is viewed as something to be cherished. I am very fortunate to have a significant community. My wife, my family and dear friends are part of that significant community. I am speaking about a community that is willing to acknowledge pain, and understands that loss has an unfortunate by-product of isolating the sufferer. A significant community is a community that does not exclude; it is inclusive. I am referring to a community of committed people who are committed to helping people like me search for life with dignity, even when I do not care; people who encouraged me and helped me search for purpose and meaning again.

My significant community was willing to help me make sense of the grief process and was not afraid of answers, even if the answer was that this grief does not make sense. They sat with me in my grief, in my emptiness, and they helped me incorporate the inexplicable into my new reality. My significant community was not afraid to encourage me to realize that I am different than I was before, that the man I used to be is gone, as surely as if I had died. My significant community was willing to help me redevelop my sense of self, and restore me to social relationships. They are people who value and encourage my contribution back to that community, and they are not afraid, threatened or ashamed of me. They are not afraid to be vulnerable and to help me to understand that to be vulnerable encourages acceptance and freedom from fear. My significant community has benefitted because they got a clear glimpse of their own humanity, and I think they liked what they saw.

Happily, I have a nurturing community. They encouraged me to work through tough questions during my pilgrimage toward acceptance; questions like: How is my life different in light of my loss? How have my relationships changed? What are my new realities?

My attachment to my significant community helped me to redefine my role and my relationships. They helped me to develop a sense of personal identity that includes a sense of loss, for I had to retain the identification with that loss in order to help me move on with life. You see, part of the grieving process is helping people find the resources to invest in the next stage of their life, even if that next stage is its conclusion. That can, if we let it,

## [Traduction]

Par communauté, je n'entends pas l'endroit physique où nous vivons. Je parle d'une communauté chargée de sens, significative. Je ne veux même pas parler d'une communauté accompagnatrice, parce que le sens du mot «accompagnement» a souvent été tordu, comme ce fut le cas récemment en Saskatchewan. Malheureusement, le terme «communauté attentionnée» est devenu un terme des services sociaux. C'est malheureux, parce que je parle justement d'attentions et de bienveillance. J'emploie donc le terme «communauté significative», parce que je songe à une communauté qui a beaucoup plus de sens. J'emploie ce terme faute de mieux.

Par «communauté significative» j'entends un réseau de personnes qui prennent soin les uns des autres et qui créent un milieu de vie invitant pour tous les membres, où les relations sont importantes et où l'interdépendance est considérée comme un trésor à chérir. Je suis très fortuné parce que j'en ai une. Ma femme, ma famille et mes amis intimes en font partie. Je parle d'une communauté prête à reconnaître la douleur et à comprendre qu'une perte a malheureusement comme effet secondaire d'isoler celui qui souffre. Une communauté significative en est une qui n'exclut pas; elle inclut. Je parle d'une communauté de personnes engagées, qui s'appliquent à aider des gens comme moi à chercher à vivre dans la dignité, même lorsque je m'en fous; qui m'ont encouragé et m'ont aidé à chercher à redonner un sens à ma vie.

Ma communauté significative était prête à m'aider à comprendre ma peine et n'avait pas peur des réponses, même lorsque la réponse était que cette peine n'avait pas de sens. Ils m'ont accompagné dans ma peine, dans mon vide, et ils m'ont aidé à intégrer l'inexplicable à ma nouvelle réalité. Ma communauté significative n'avait pas peur de m'encourager à comprendre que je suis différent de ce que j'étais auparavant, que l'homme que j'étais n'existe plus, tout comme si j'étais mort. Elle était prête à m'aider à retrouver mon amour-propre et à rétablir des rapports sociaux. Ce sont des gens qui estiment et encouragent ma nouvelle contribution dans cette communauté et ils n'ont pas peur de moi, ne sont pas menacés par moi et n'ont pas honte de moi. Ils n'ont pas peur d'être vulnérables et de m'aider à comprendre qu'être vulnérable favorise l'acceptation et libère de la peur. Ma communauté significative en sort grandie parce qu'elle a vu clairement sa propre humanité et je pense qu'elle a aimé ce qu'elle a vu.

Heureusement, j'ai une famille prévenante. Elle m'a encouragé à me poser des questions difficiles au cours de mon pèlerinage vers l'acceptation, des questions comme en quoi ma vie a-t-elle changé à cause de cette perte? En quoi mes relations ont-elles changé? Quelles sont mes nouvelles réalités?

Mon attachement à ma communauté significative m'a aidé à redéfinir mon rôle et mes rapports avec les autres. Il m'a aidé à bâtir une identité personnelle qui inclut une impression de perte, parce que je dois continuer de m'identifier à cette perte pour pouvoir continuer de vivre. Vous savez, pour surmonter sa peine, il faut notamment que des gens nous aident à trouver les ressources nécessaires pour investir dans la prochaine étape de la



## [Texte]

change victims into victors. That is what significant community is, and that is what significant community does.

Perhaps you are thinking, "That is fine for him; he has a significant community. What about those who do not?" That is precisely the question. What about those who do not? Is it any wonder that they would choose death rather than live in a world without a significant community for them? Is our response to kill them in their desperation, their despair, or is our response to find the nurture of a significant community?

It saddens me to think that there are people without a significant community. They are excluded, isolated, and often unloved. It also saddens me to realize that it is entirely within our grasp to be a significant community both as individuals and as a country, yet we are entertaining the detachment of euthanasia and assisted suicide. The real issue is attachment to a significant community. During my darkest days, if I had not belonged to a nurturing, significant community, and all that entails, I am sure I would have wanted to die.

Perhaps you are thinking, "Where do we find this mythical elusive significant community, if it really does exist?" Significant community is not out there. It is us, you and me. Did you know that Canada has some of the finest citizens that a nation could hope for? I believe that with all my heart. I know I have met some of them.

A society committed to a caring, significant community has no place for euthanasia. It is more inviting than that. It is committed to the nurture of things like good quality palliative care. A caring, significant community is committed to the idea of lifting people up in the search for life with dignity, and it is especially committed to that idea for those who do not have it.

The good news is that we have already begun the journey towards significance. Yes, at times we have lost sight of it, like now, but Canada does have the resolve to pursue a significant community. Did you know that Canada had some of the finest palliative care in the world?

During the month of September, 57 separate petitions were tabled before the House of Commons, opposing euthanasia and assisted suicide, and during the month of October, another 63 petitions opposing euthanasia and assisted suicide were presented to the House. During this same time, only five in favour were presented.

The title "civilized society" is something that must be earned. If we want to be that kind of society, we must commit ourselves to interdependence and nurture, not independence and separateness, which eventually translates into detachment and indifference.

I ask that we resist this present darkness of entertaining euthanasia and assisted suicide as a solution. Civilized societies have no place for that. We need a society that is not afraid of the reality that sometimes the fastest way home is the longest road.

## [Translation]

vie, même si c'est la dernière. Avec un peu de chance on peut même transformer des victimes en vainqueurs. Voilà ce qu'est une communauté significative et ce qu'elle fait.

Vous vous dites peut-être: «Tant mieux pour lui, il a une communauté significative. Mais les autres, ceux qui n'en ont pas?» Voilà précisément la question. Et ceux qui n'en ont pas? Faut-il s'étonner qu'ils choisissent de mourir plutôt que de vivre dans un monde où aucune communauté n'est significative pour eux? Leur répondons-nous en les tuant dans leur désespoir ou en les entourant d'égards dans une communauté significative?

Cela m'attriste de penser que des gens n'ont pas de communauté de ce genre. Ils sont exclus, isolés et, souvent, ils ne sont pas aimés. Cela m'attriste aussi de m'apercevoir qu'il est tout à fait possible d'être une communauté significative, en tant qu'individus et que pays et que nous envisagions néanmoins le détachement de l'euthanasie et du suicide assisté. La vraie question est l'attachement à une communauté significative. Aux jours les plus sombres de ma vie, si je n'avais pas fait partie d'une communauté prévenante, significative, avec tout ce que cela comporte, je suis certain que j'aurais voulu mourir.

Vous pensez peut-être: «Mais où trouver cette communauté mythique et fuyante, si elle existe vraiment? Elle n'est pas ailleurs. C'est nous, vous et moi. Savez-vous que le Canada compte certains des meilleurs citoyens que peut espérer un pays? Je le crois de tout coeur. Je sais que j'en ai rencontré.

Une société qui s'applique à créer une communauté bienveillante, significative n'a pas de place pour l'euthanasie. Elle est plus invitante que cela. Elle s'efforce d'encourager des choses comme des soins palliatifs de bonne qualité. Une communauté bienveillante, significative est vendue à l'idée de soulever les gens dans leur recherche d'une vie vécue dans la dignité et tout particulièrement pour ceux qui en sont privés.

Le bonne nouvelle, c'est que nous avons déjà entrepris ce voyage vers le sens de la vie. Oui, nous le perdons parfois de vue, c'est le cas actuellement par exemple, mais le Canada a la détermination nécessaire pour aspirer à devenir une communauté significative. Saviez-vous que le Canada offre des soins palliatifs qui comptent parmi les meilleurs au monde?

En septembre, 57 pétitions ont été déposées à la Chambre des communes contre l'euthanasie et le suicide assisté. En octobre, il y en a eu 63 autres. Durant cette période, à peine cinq pétitions ont été déposées en faveur de l'euthanasie.

Le titre de «société civilisée» doit être gagné. Si nous voulons être ce genre de société, nous devons aspirer à l'interdépendance et à la bienveillance, pas à l'indépendance et à l'isolement, qui finissent par devenir du détachement et de l'indifférence.

Je demande que nous résistions à cette obscurantisme actuel qui nous fait penser que l'euthanasie et le suicide assisté pourraient être une solution. Les sociétés civilisées n'ont pas de place pour cela. Nous avons besoin d'une société qui n'a pas peur de

## [Text]

Being a civilized society is a tall order, but the other option is to forfeit the right to call ourselves civilized, and that cost is too high.

A significant community is not just for the terminal, the chronically ill, the frail or the vulnerable. Everyone needs a caring, significant community to lift them up. Yes, sometimes the fastest way home is the longest road, but the destination is not the only goal. Growth of individuals, citizens and nations comes from the journey itself. Our laws and policies must be designed to bring out the best in our citizens and encourage nurturing, caring communities. Bringing out the best in our people is not accomplished by killing. Canada must commit itself to trying to ensure that all her citizens are attached in a meaningful way to a significant community. We must commit ourselves to interdependence, not independence.

It was John Donne, in the seventeenth century, who wrote:

No man is an Island, entire of itself; every man is a piece of the Continent, a part of the main. Any man's death diminishes me, because I am involved in Mankind; And therefore never send to know for whom the bell tolls; it tolls for thee.

We are not 29 million little islands each unto ourselves. Words like "citizen", "nation", "community" and "family" attest to our interdependence. If I opt for euthanasia or assisted suicide, it will not just affect me. It will affect my wife and my children, my mother and my siblings, and it will affect my physician, because she will have exchanged her role as healer for that of executioner. In a small but not insignificant way, it will affect my nation by further entrenching the notion that there are lives that are not worthy to be lived.

We are a nation. We are a Canadian family. Let us stop all this talk of killing and recommit ourselves to each other, to life, to interdependence and all that entails. Canada stands at a crossroad about how we view human life. We must ask ourselves who we are. Is being a significant community too costly an investment for us? Do we value even the useless? If the answer is no, I need to know that because I am one of the useless. I need to know my country's answer. In its darkest terms, euthanasia is hostility disguised as compassion towards the disabled, the chronically and the terminally ill. We are a nation; we are a community; we are a family.

**Senator Corbin:** I thank you kindly for your testimony. I am sure you are familiar with the Supreme Court judgment. The majority decision of the court upheld the value of all life. A lot of people focus on the minority decision. I personally tend to think that to focus on the minority decision is to attempt to de-emphasize the positive decision. Some witnesses come before us and say that the Supreme Court, by the slimmest margin, upheld the law.

## [Traduction]

reconnaître que, parfois, le chemin le plus rapide est aussi le plus long. Être une société civilisée n'est pas une sinécure, mais l'autre solution, c'est de renoncer au droit de nous qualifier de civilisés, et ce coût est trop élevé.

La communauté significative ne s'adresse pas seulement aux malades chroniques, en phase terminale, aux personnes fragiles ou vulnérables. Tout le monde a besoin de se sentir porté par une communauté bienveillante, significative. Oui, parfois le chemin le plus rapide est le plus long, mais la destination n'est pas le seul but. La croissance des individus, des citoyens et des nations découle du voyage proprement dit. Nos lois et nos politiques doivent être conçues de manière à faire ressortir le meilleur de nos citoyens et à favoriser des communautés bienveillantes et attentionnées. On n'amène pas les gens à donner le meilleur d'eux-mêmes en tuant. Le Canada doit s'efforcer de s'assurer que tous ses citoyens sont vraiment attachés à une communauté significative. Nous devons rechercher l'interdépendance, pas l'indépendance.

C'est John Donne, qui a écrit au XVII<sup>e</sup> siècle:

Personne n'est une île, un tout en soi; chaque être humain est un élément d'un continent, une partie d'un tout. La mort de tout être humain me diminue, parce que je fais partie de l'humanité; par conséquent, ne m'envoie jamais demander pour qui sonne le glas; il sonne pour toi.

Nous ne sommes pas 29 millions de petites îles isolées. Des mots comme «citoyen», «nation», «communauté» et «famille» attestent de notre interdépendance. Si j'opte pour l'euthanasie ou je suicide assisté, cela ne touchera pas que moi seul. Cela touchera ma femme et mes enfants, ma mère et mes frères et sœurs, ainsi que mon médecin, parce qu'elle l'aura transformé de guérisseur en bourreau. D'une certaine façon, petite mais tout de même importante, cela touchera ma nation, car je confirmerai l'idée que certaines vies ne valent pas la peine d'être vécues.

Nous sommes une nation. Nous sommes une famille canadienne. Mettons un terme à toutes ces discussions au sujet du meurtre et consacrons nous à nouveau les uns aux autres, à la vie, à l'interdépendance et à tout ce que cela comporte. Le Canada est à un tournant en ce qui concerne notre façon d'envisager la vie. Nous devons nous demander qui nous sommes. Être une communauté significative constitue-t-il un investissement trop coûteux pour nous? Apprécions-nous même ceux qui sont inutiles? Si la réponse est négative, je dois le savoir parce que je fais partie des inutiles. Je dois connaître la réponse de mon pays. Dans sa forme la plus obscure, l'euthanasie est une hostilité déguisée en compassion envers le handicapé, le malade chronique, le malade en phase terminale. Nous sommes une nation; nous sommes une communauté; nous sommes une famille.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie beaucoup pour votre témoignage. Je suis certain que vous êtes au courant du jugement de la Cour suprême. À la majorité, la Cour a confirmé la valeur de toute vie. Bien des gens mettent l'accent sur la décision minoritaire. Quant à moi, j'ai tendance à penser qu'en mettant l'accent sur la décision minoritaire, on tente de minimiser la décision positive. Certains témoins viennent nous déclarer que la Cour suprême a confirmé la loi par une très faible majorité.



[Texte]

As a result of that decision, have you had an opportunity to reflect on it, and would you share your reflections with us?

**Mr. Pickup:** Yes, I have reflected on that. I fear that if euthanasia comes to this country, it will not come with a cheer but with a whimper. It will not be wholeheartedly supported. It will be a slim majority. Is that not how this sort of thing comes in, in any event?

I was happy that the Supreme Court came to the decision that they did. It is a scary time to be disabled. The minority decision emphasis is usually looked at by those who espouse so-called mercy killing and death with dignity. Happily, the majority chose otherwise.

**Senator Corbin:** I was especially touched by the way you dealt with euthanasia for humane reasons and that sort of approach. You have uncovered the false reasoning behind those who are proponents of euthanasia, and you are the first one to do that before this committee. That is valuable to us. Indeed, I had thought along the same lines that you have put before us.

There is a minority in the country who say that those who are opposed to euthanasia are minds from the backwoods. They do not usually use those terms, but they portray us as backward-minded people, that we are not progressive.

**Mr. Pickup:** I am from Alberta. We are used to that.

**Senator Corbin:** We are tied in. We are caged by religion, religious authority, strict theology, and all that. I am a Roman Catholic. I do not feel imprisoned. I express my views. I believe in such things as the natural law. I think that through the discourse of reasoning and philosophy you can come to a certain verity, enlightenment, and so on. I think religion brings values as well. Where do you come from?

**Mr. Pickup:** First, let me make an acknowledgement. There is an attempt to silence opposition for euthanasia and assisted suicide by categorizing anyone who opposes it as the religious right, as though somehow that can silence us. Yes, I am a Christian, but I am also a Canadian citizen who happens to be enough of a Pollyanna to believe that what we have is worth retaining. When things like this are at the threshold, it must be resisted at every turn. I am proud of my country.

**Senator Corbin:** I took special notice of your concern for societal values. That is one approach that I have been trying to have my colleagues reflect upon. The law is one thing, but if you do not have an ethical, moral, societal underpinning to the law, the whole edifice collapses.

**Mr. Pickup:** There is also a lot of discussion now around this concept of sanctity of human life, and the view that this is really just a religious view, that it is fine for you but do not impose it on me. I would like to remind everyone, although it is probably fairly close to your thoughts already, that the underpinnings of Canada's law did accept that there was something sacred about human life. That is not to say that all people were Christians. In fact, most people were not. However, they did believe that there was something sacred and worth defending about human life. In

[Translation]

Avez-vous réfléchi à cette décision et auriez-vous l'obligeance de nous faire part de vos réflexions?

**M. Pickup:** Oui, j'y ai réfléchi. Je crains que si l'euthanasie entre au pays, elle ne soit pas saluée par des acclamations mais plutôt par des gémissements. Elle ne sera pas appuyée de tout coeur. La majorité sera mince. N'en est-il toujours pas ainsi, de toutes façons?

J'étais heureux que la Cour suprême prenne la décision qu'elle a prise. C'est une époque bien terrible pour être handicapé. L'insistance sur la décision minoritaire vient habituellement de ceux qui sont en faveur de ce qu'on appelle le meurtre par compassion et la mort dans la dignité. Heureusement, la majorité a choisi autrement.

**Le sénateur Corbin:** J'ai été particulièrement touché par la façon dont vous envisagez l'euthanasie pour des motifs de compassion et ce genre d'attitude. Vous avez démasqué le faux raisonnement de ceux qui défendent l'euthanasie et vous avez été le premier à le faire devant notre comité. C'est inestimable pour nous. De fait, je pense tout à fait comme vous.

Une minorité au pays affirme que ceux qui s'opposent à l'euthanasie sont des rustres. Ils n'emploient pas ces termes habituellement, mais ils nous décrivent comme des réactionnaires, des gens qui ne sont pas progressistes.

**M. Pickup:** Je viens de l'Alberta, j'y suis habitué.

**Le sénateur Corbin:** Nous avons les mains liées. Nous sommes ligotés par la religion, l'autorité religieuse, la théologie rigoureuse et tout le reste. Je suis catholique. Je ne me sens pas ligoté. J'exprime mon point de vue. Je crois en des choses comme la loi naturelle. Je pense que par le raisonnement et la philosophie, on peut atteindre une certaine vérité, une vision éclairée, etc. Je pense que la religion apporte aussi des valeurs. Où vous situez-vous?

**M. Pickup:** Avant de répondre, je vous fais un aveu. On tente de bâillonner l'opposition à l'euthanasie et au suicide assisté en qualifiant tous les opposants de religieux de droite, comme si cela pouvait nous faire taire. Oui, je suis chrétien, mais je suis aussi un citoyen canadien encore assez optimiste pour croire que ce que nous avons mérite d'être conservé. Quand des solutions comme celle-là sont à nos portes, nous devons résister de toutes nos forces. Je suis fier de mon pays.

**Le sénateur Corbin:** J'ai noté tout particulièrement votre souci des valeurs sociales. C'est un sujet sur lequel j'essaie d'amener mes collègues à réfléchir. La loi est une chose, mais si elle ne se fonde pas sur des assises éthiques, morales et sociales, tout l'édifice s'effondre.

**M. Pickup:** On parle beaucoup aussi actuellement du caractère sacré de la vie et on pense qu'il s'agit uniquement d'une idée religieuse, qu'on peut y croire mais ne pas l'imposer aux autres. J'aimerais rappeler à tout le monde, même si vous êtes probablement déjà de cet avis, qu'au départ, le droit canadien a accepté le principe que la vie humaine est sacrée. Cela ne veut pas dire que tout le monde était chrétien. De fait, la plupart ne l'étaient pas. Mais on croyait que la vie avait quelque chose de sacré et qu'il valait la peine de la défendre. De fait, nous

[Text]

fact, we will find those underpinnings through our criminal law of this country. That is what made us unique. One need not be a Christian or a member of the religious right to believe that.

**Senator Carstairs:** My question is with regard to the creation of the community that you are talking about. I think you are quite aware of the fact that that sense of community does not exist for some Canadians in a variety of life situations. What recommendations do you have for the creation of a community in Canada where our interdependence is as important as our independence?

**Mr. Pickup:** I know we have gaping holes in our social fabric, but we do not look at the great gaping holes and then develop social policy around it. That is not the way to do it. From my view, we should ask what sort of society we want, and then put social policy around that. That is not to recognize that we do not have those failings, but rather not to focus on them.

We try to remove those failings that we have. The sense of community that I referred to is not there for everyone. However, to simply acknowledge the failure and then throw up our hands is not the way to deal with it. Policymakers must say we want to encourage this ideal. First we must step back, and ask what we want to be as a nation. We then shoot for that, not shoot the holes.

This community was created for me by realizing that people valued my contribution, by being loved and loving back; some very simple things. In the end, that is all community ever was.

This autonomy myth, where every person has this right to self-determination, is a myth. Communities cannot exist if everyone is accountable only to themselves. I must be accountable to you; you must be accountable to me. It begins by accepting that we are interdependent and reject this autonomy thing. That is not to say that we should not encourage individuality. It is not an either/or situation. A community can exist with people who are interdependent, but no community can exist where everyone is independent. Am I making sense?

**Senator Lavoie-Roux:** I thank you for your presentation. If I heard you correctly, you said your life could be considered useless. I do not think your life is useless. The testimony you gave us today is very important for all the people who are handicapped and who, along with probably the seniors, are the most vulnerable people to laws of euthanasia. I have a daughter-in-law who has multiple sclerosis, so I know what you are talking about. I hope she has a significant community.

There are people, unfortunately, who do not have a significant community. There are people with more severe cases of multiple sclerosis and other degenerative diseases who feel very alone. Do you think their needs can be answered?

[Traduction]

constatons ces principes dans tout notre droit criminel. C'est ce qui fait de nous un pays unique. On n'a pas besoin d'être chrétien ni de la droite religieuse pour y croire.

**Le sénateur Carstairs:** Ma question se rapporte à la création de la communauté que vous avez évoquée. Je pense que vous êtes très conscient que le sens de la collectivité n'existe pas chez certains Canadiens, dans diverses situations. Que recommandez-vous pour créer au Canada une communauté où notre interdépendance serait aussi importante que notre indépendance?

**M. Pickup:** Je sais qu'il y a des trous dans notre tissu social, mais il ne sert à rien de les voir et de chercher à tisser une politique sociale autour d'eux. Ce n'est pas ainsi qu'il faut faire. Selon moi, nous devrions nous demander quel genre de société nous voulons, puis tisser la politique sociale autour de cette conception. Cela ne veut pas dire que nous ne reconnaissons pas nos faiblesses, mais plutôt que nous n'y concentrons pas nos énergies.

Nous essayons de nous débarrasser de nos faiblesse. Le sens de la collectivité auquel j'ai fait allusion n'existe pas pour tout le monde. Mais constater simplement l'échec, puis baisser les bras n'est pas une solution. Les décideurs doivent affirmer que nous voulons encourager cet idéal. Nous devons d'abord prendre du recul et nous demander ce que nous voulons comme nation. Puis, nous devons viser cet objectif, pas les trous.

Cette communauté s'est créée autour de moi quand je me suis rendu compte que les gens appréciaient ma contribution, quand j'ai senti leur amour et que je les ai aimés en retour; par des choses très simples. Au bout du compte, communauté n'a jamais voulu dire autre chose.

Ce mythe de l'autonomie, où chacun a le droit de décider par lui-même, est vraiment un mythe. Les communautés ne peuvent exister si chacun ne doit rendre des comptes qu'à soi-même. Je dois vous rendre des comptes et vous devez m'en rendre. Cela commence par l'acceptation du fait que nous sommes interdépendants et par le rejet de cette autonomie. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas encourager l'individualisme. Ce n'est pas tout l'un ou tout l'autre. Une communauté peut exister lorsque les gens sont interdépendants, mais elle ne peut pas si tout le monde est indépendant. Est-ce que je me fais comprendre?

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je vous remercie de votre exposé. Si je vous ai bien compris, vous dites que votre vie pourrait paraître inutile. Votre témoignage d'aujourd'hui est très important pour tous ceux qui sont handicapés et qui, avec les personnes âgées probablement, sont les plus vulnérables face aux lois concernant l'euthanasie. J'ai une belle-fille atteinte de la sclérose en plaques, je sais donc de quoi vous parlez. J'espère qu'elle a une communauté significative.

Il y a malheureusement des gens qui n'en ont pas. Il y a des gens atteints gravement de sclérose en plaques et d'autres maladies dégénératives graves qui se sentent très seules. Pensez-vous que leurs besoins peuvent être comblés?



[Texte]

You probably have met other people who are handicapped like yourself, or with some other handicap. Have you ever come across people who were desperate with life and wanted to end it?

**Mr. Pickup:** Yes, I have. Sadly, those people were without resources. When I look at what could be a possible solution for them, the answer is not to kill them. It is to help them search out for some resources, if they have none, and to resolidify those resources if they have been burned.

The first question was whether the needs of the disabled can be met?

**Senator Lavoie-Roux:** For those people who are alone, and do not have a significant community, who could be even more handicapped than you are, can we meet their needs? Would every community be able to meet their needs?

**Mr. Pickup:** I will sound like Pollyanna again, but a lot of it boils down to including them in our lives. I know what it is like to be excluded. A lot of it boils down to including people with disabilities in our lives and incorporating them into our realities. That is a very difficult thing for many people.

When I was growing up, I never came across anyone who had a wheelchair. Of course, I lived in a small town. I was uncomfortable with it when I would come across a wheelchair. I am not saying it is easy. There was a time when I was most afraid of a wheelchair. Now I am in a wheelchair a lot. It is not as big a deal as I thought it would be. To me, not to be loved and not to be needed is the biggest thing in the world. When you ask, it is a very simple thing. We include people into our realities who have a very solitary reality of their own.

**Senator Lavoie-Roux:** I am not sure if it is possible to incorporate that into every situation. We are struggling with how to answer the needs of people who have not been in such a supportive community.

**Mr. Pickup:** I would acknowledge that, senator, and say there will be those for whom we cannot provide that community, but the answer is not then that we should have them die. I do not think that is the reasonable answer to it.

**The Chairman:** The next witnesses are representatives of the United Church of Canada.

**Ms Ruth Evans, Director, Office of Christian Development, United Church of Canada:** Madam Chairman, I also work in ministry with seniors. I come to you today with Reverend Anne Simmonds, who has been the chairperson of our little task group that has been preparing a statement for the church's study called "Caring for the Dying: Choices and Decisions." This is a statement that has been approved by a body in our church, the Division of Mission in Canada, for study across the church, but it is a statement that has not, as yet, been approved by the whole church.

[Translation]

Vous avez probablement rencontré d'autres handicapés comme vous ou qui ont d'autres types de handicaps. Avez-vous déjà rencontré des gens qui désespèrent de la vie et qui veulent y mettre fin?

**M. Pickup:** Oui, j'en ai rencontré. Malheureusement, ces gens étaient sans ressources. Quand je réfléchis à la solution pour eux, je me dis que la réponse n'est pas de les tuer. Il faut les aider à chercher d'autres ressources, s'ils n'en ont pas, et à les solidifier à nouveau si elles ont été ébranlées.

La première question était si les besoins des handicapés peuvent être comblés?

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Pouvons-nous combler les besoins de ces personnes seules et qui n'ont pas de communauté significative, qui sont peut-être encore plus handicapées que vous? Est-ce que n'importe quelle communauté pourrait combler leurs besoins?

**M. Pickup:** Je vais sembler exagérément optimiste encore une fois, mais bien souvent, il suffit simplement de les inclure dans nos vies. Je sais comment on se sent quand on est exclu. En gros, il faut inclure les handicapés dans nos vies et dans notre réalité. C'est très difficile pour bien des gens.

Quand j'étais petit, je n'ai jamais rencontré quelqu'un en fauteuil roulant. Bien sûr, nous vivions dans une petite ville. Je n'étais pas à l'aise quand je rencontrais quelqu'un en fauteuil roulant. Je ne dis pas que c'est facile. Il y a eu une période où j'ai eu très peur des fauteuils roulants. Maintenant, j'y passe beaucoup de temps. Ce n'est pas aussi difficile que je le pensais. Pour moi, ne pas être aimé et qu'on n'ait pas besoin de moi est le plus difficile au monde. La réponse est très simple. Inclure dans notre réalité des gens dont la réalité se caractérise par une grande solitude.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je ne suis pas certaine que ce soit toujours possible. Nous nous débattons pour voir comment combler les besoins des gens qui n'ont pas le soutien d'une telle communauté.

**M. Pickup:** J'en conviens, sénateur, et je sais qu'il y a des gens à qui nous ne pouvons pas offrir cette communauté, mais la réponse n'est pas de les laisser mourir. Je ne crois pas que ce soit la solution indiquée.

**La présidente:** Les prochains témoins représentent l'Église Unie du Canada.

**Mme Ruth Evans, directrice, Bureau du développement chrétien, Église Unie du Canada:** Madame la présidente, je travaille aussi dans un ministère auprès des personnes âgées. Je suis accompagnée aujourd'hui de la révérende Anne Simmonds, qui a présidé le petit groupe de travail ayant rédigé un énoncé de principes en vue d'une étude de notre Église intitulé: *Caring for the Dying: Choices and Decisions*. Ce document a été approuvé par un organe de notre Église, la Division des missions au Canada, et sera étudié dans toute l'Église, mais il n'a pas encore été approuvé par l'ensemble de l'Église.

[Text]

**Reverend Anne L. Simmonds, United Church of Canada:** Madam Chairman, I appreciate having this opportunity to speak to you this afternoon. I am an ordained United Church minister. However, I have worked for the last 10 years as a hospital chaplain. Prior to that, I spent 13 years as a nurse. I have spent the last 25 years in health care, really at the bedside.

I know that you have received our report in advance. I will not read it all to you, but simply highlight some of it.

I realize that you are probably tired after all the submissions that you have heard, and in hearing all the arguments for both sides. I will try to highlight what we have to say.

The theological foundations that underlie our report are reflected in our United Church creed and have their basis in our understanding of the Bible and how it informs us as we consider issues of life and death. We recognize that our conclusions are not, however, the only ones that can be derived from these theological foundations.

At the heart of our faith is a belief that God is the creator and sustainer of life. In the Old Testament tradition, life is understood to include not simply physical life but also spiritual and social, that is, the unity of the person in community with others and God. The gospel message has called Christians to combat sickness and suffering, and to believe that the love of God endures in life as well as in life beyond death.

We do not believe that suffering is punishment for sin, or that suffering is ever intended by God. Our calling is to ease and relieve suffering in every possible way, short of intentionally causing a person to die. Some suffering in life can be transformative. However, we reject any theological perspective that claims suffering is intended by God for redemptive purposes. We believe that the loving God revealed in Jesus Christ wields healing, wholeness and relief of pain throughout the whole of creation.

We believe, however, that the prolongation of life by means of aggressive medical treatment has increased the suffering associated with dying, and strengthened the perception in our society that the only way to avoid terrible pain and suffering when dying is by means of assisted suicide or euthanasia. Thus, our task group concluded that these are the two central but very different issues, and attempted to address both.

I will define them briefly so it is clear to what we refer. The first is allowed death, sometimes called passive euthanasia, which is the withdrawal or withholding of life-prolonging treatment. The second includes both assisted suicide and euthanasia. Assisted suicide is the provision of information or means to enable a patient to take his or her own life. Euthanasia, or mercy killing as it is often called, is an act with the primary intention of ending the life of the patient. We have chosen to use the terms "allowed death" and "euthanasia" rather than active and passive euthanasia because we believe that the two are often confused in the minds of both the public and professionals. Because the intention

[Traduction]

**La révérende Anne L. Simmonds, Église unie du Canada:** Madame la présidente, je vous remercie de me donner l'occasion de vous adresser la parole cet après-midi. J'ai été ordonnée ministre de l'Église unie. Depuis dix ans, je suis cependant aumônière dans un hôpital. Auparavant, j'avais été infirmière durant 13 ans. J'ai passé les 25 dernières années de ma vie dans le milieu hospitalier, aux chevet des malades.

Je sais que vous avez reçu notre rapport à l'avance. Je ne vous le lirai pas. J'en donnerai simplement les grandes lignes.

Je sais que vous êtes probablement fatigués après tous ces mémoires qui vous ont été présentés, après avoir entendus tous les arguments pour et contre. J'essaierai de faire ressortir brièvement notre point de vue.

Les fondements théologiques de notre rapport témoignent de la foi de notre Église unie et de notre compréhension de la Bible et de la façon dont la Bible nous renseigne sur la vie et la mort. Nous reconnaissons toutefois que nos conclusions ne sont pas les seules à pouvoir être tirées de ces fondements théologiques.

Au coeur de notre foi se trouve la conviction que Dieu est le créateur et qu'il nous maintient en vie. Dans la tradition de l'Ancien Testament, la vie ne comprend pas seulement la vie physique mais aussi la vie spirituelle et sociale, c'est-à-dire, l'unité de la personne dans une communion avec les autres et avec Dieu. Le message de l'Évangile demande aux chrétiens de combattre la maladie et la souffrance et de croire que l'amour de Dieu se manifeste dans la vie ainsi que dans la vie au-delà de la mort.

Nous ne croyons pas que la souffrance est une punition parce qu'on a péché, ni que Dieu veut faire souffrir. Notre vocation est d'apaiser et de soulager la souffrance par tous les moyens possibles sauf en causant intentionnellement la mort. La souffrance peut parfois nous transformer. Mais nous rejetons toute notion théologique que Dieu veut que nous souffrions pour nous racheter. Nous croyons que le Dieu d'amour incarné en Jésus-Christ témoigne de la guérison, de l'intégrité et du soulagement de la douleur dans toute la création.

Nous croyons cependant que prolonger la vie par un acharnement thérapeutique a accru la souffrance liée à la mort et renforcé l'impression dans notre société que la seule façon d'éviter des douleurs et des souffrances terribles au moment de mourir est de recourir à l'euthanasie et au suicide assisté. Par conséquent, notre groupe de travail a conclu que ce sont là les deux questions cruciales, mais très différentes, et il a tenté de répondre aux deux.

Je les définirai brièvement afin qu'on sache clairement de quoi il est question. La première est la mort permise, qu'on appelle parfois l'euthanasie passive, et qui consiste à interrompre ou à refuser des traitements visant à prolonger la vie. La seconde comprend le suicide assisté et l'euthanasie. Le suicide assisté consiste à donner de l'information ou des moyens pour qu'un patient puisse s'enlever la vie. L'euthanasie, ou le meurtre par compassion comme on l'appelle souvent, est un acte dont l'intention première est de mettre fin à la vie du patient. Nous avons choisi d'employer les termes «mort permise» et «euthanasie» plutôt qu'euthanasie active et passive, parce que nous



## [Texte]

of both assisted suicide and euthanasia is to hasten death, we will discuss them together.

Our task group does not support merely prolonging physical life and suffering when there is little or no hope of reversing an illness or providing significant benefit for the person. We believe that such actions do not show respect for the life that God has given us, and are a kind of biological idolatry. We are challenged to turn technology around and focus it not on prolongation of life and defiance of death but, rather, on providing palliation and peaceful death. One of the major concerns of our task group is that many patients who benefit from it do not receive good palliative care.

In a United States survey of physicians and nurses who treat dying patients, 80 per cent indicated that the most common form of narcotic abuse in the care of the dying is undertreatment of pain. In a recent article in the *Canadian Medical Association Journal*, we learn that less than 5 per cent of dying Canadians receive palliative care. Knowledge about good palliative care is not taught in medical school and, thus, it is not widely practised outside actual palliative units or home hospice programs.

I take issue with Dr. Gordon, whom you heard before us, who talked about each service providing palliative care. In my experience, palliative care has its own expertise in terms of pain and symptom control. That has often not filtered into the care that is given at the end of life by the various services in the general hospitals. Many people who are practising nursing and medicine do not understand the expertise that is available in palliative care because they have not studied it.

Daniel Callahan points out how medical textbooks might deal with the care of a patient with a particular disease, yet there is nothing that sets out the care of the patient with that disease when he or she is dying from it. Last week I heard a doctor give a presentation in which he clearly said that they are not taught palliative medicine in medical school.

In the hospital where I work, which is a downtown teaching hospital in Toronto, not only are the medical students in residence not taught palliative medicine, they do not have any experience on the one ward which houses our elderly patients who are waiting for chronic placement. Their only experience is on the active treatment wards.

Many who argue for assisted suicide or euthanasia use to illustrate their position cases that actually constitute allowed death. To choose to stop active or aggressive treatment and request to be kept comfortable with adequate narcotics is not a request for euthanasia. It is a request to allow the person to finish their dying. We believe there is a significant moral difference between allowing someone to die and actually hastening their

## [Translation]

pensons que ces deux termes portent souvent à confusion dans l'esprit du public et des professionnels. Parce que l'intention du suicide assisté et de l'euthanasie sont de hâter la mort, nous les examinerons ensemble.

Notre groupe de travail n'appuie pas simplement la prolongation de la vie physique et de la souffrance lorsqu'il y a peu ou pas d'espoir de renverser le cours d'une maladie ou d'avoir un effet vraiment bénéfique. Nous croyons que ces actes ne témoignent pas du respect de la vie que Dieu nous a donnée, et qu'ils constituent une espèce d'idolâtrie biologique. Nous sommes mis au défi de renverser le rôle de la technologie et de viser à ce qu'elle ne cherche pas surtout à prolonger la vie et à défier la mort mais plutôt à soulager la douleur et à permettre une mort paisible. L'une des grandes préoccupations de notre groupe de travail est que bien des patients qui pourraient en profiter ne reçoivent pas de bons soins palliatifs.

Dans une enquête menée aux États-Unis auprès de médecins et d'infirmières qui traitent des mourants, 80 p. 100 ont indiqué que la forme la plus courante d'abus de narcotiques dans les soins donnés aux mourants survient lorsqu'on veut soulager la douleur. Dans un article publié récemment dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, on apprend que moins de 5 p. 100 des mourants canadiens reçoivent des soins palliatifs. La médecine palliative n'est pas enseignée à l'école de médecine et ne se pratique donc pas sur grande échelle, en dehors des unités de soins palliatifs ou des programmes de soins à domicile.

Je ne suis pas d'accord avec le docteur Gordon, qui vous a parlé avant nous, et qui a indiqué que chaque service offre des soins palliatifs. D'après mon expérience, les soins palliatifs regroupent des compétences particulières en ce qui concerne le soulagement la douleur. Ces compétences ne se transmettent pas toujours dans les soins dispensés à la fin de la vie par les divers services des hôpitaux généraux. Bien des infirmières et des médecins ne comprennent pas les compétences qui existent dans les soins palliatifs, parce qu'ils n'ont jamais fait d'études dans ce domaine.

Daniel Callahan fait ressortir que les manuels de médecine peuvent renseigner sur les façons de soigner un patient atteint d'une maladie en particulier mais qu'ils ne disent pas comment soigner ce malade lorsqu'il est en train de mourir de cette maladie. La semaine dernière, j'ai entendu un médecin présenter un exposé dans lequel il déclarait clairement qu'on n'enseigne pas la médecine palliative à l'école de médecine.

À l'hôpital où je travaille, soit un centre hospitalier universitaire du centre-ville de Toronto, non seulement les résidents n'apprennent-ils pas la médecine palliative, mais ils n'ont pas d'expérience pratique dans notre aile où se trouvent les patients âgés qui attendent une place dans les établissements pour maladies chroniques. Leur seule expérience se limite au traitement actif.

Bon nombre de ceux qui préconisent le suicide assisté ou l'euthanasie se servent, pour illustrer leur position, d'exemples qui constituent en réalité une mort permise. Choisir d'interrompre un traitement actif ou l'acharnement thérapeutique et demander à faire apaiser la douleur grâce à des narcotiques n'est pas une demande d'euthanasie. C'est demander à finir de mourir. Nous croyons qu'il y a une différence morale importante entre permettre

## [Text]

death with assisted suicide or euthanasia. The majority of our task force does not support the latter, that is, assisted suicide or euthanasia.

To underline this confusion, I find all the time in my work at the hospital that nursing and medical staffs are confused about allowed death and euthanasia. In fact, in talking to one of the head nurses on the floor today, I told her I was coming to make this presentation on euthanasia to your committee. She said, "Well, it is happening all the time." I said, "What do you mean?" She said, "What about Debbie?" who was a patient we had been caring for within the last couple of weeks who died in the very end stages of cystic fibrosis. At the end she was being given morphine to keep her comfortable, which was entirely appropriate. In the last hour the morphine was doubled. It may have hastened her death by 15 minutes, but she was dying of cystic fibrosis. This nurse said to me, "Is that not euthanasia?" I said, "No, it is not." To illustrate to her what euthanasia really is, as an example I talked about Chris, another CF patient who was just discharged and who is probably in the last six months of his life. I said that if he were to come to us and say, "I can see what is down the road for me and I don't want to go through it. I don't have the supports. There is nothing worthwhile about my life and I want you to end it," that would be euthanasia. She said, "Oh, I get it."

I am doing some research now during which I have been interviewing doctors in our intensive care unit. Several of them think that when they withdraw from someone their life support and give them enough medication to keep them comfortable, that that is euthanasia. It is not. It is letting someone finish their dying. Even the term "allowed death" is not healthy. "Passive euthanasia" is also a bad term because in the public mind "euthanasia" means mercy killing. Even "allowed death" is an arrogant term. It connotes that we are allowing death. The reality is that these people are dying.

We do not always have control over death. A lot of this debate is about wanting to have control over death. Many times it is appropriate for us to step back and allow the dying process to continue. I believe that sometimes what we do in continuing aggressive care is a desecration of life. I see people who I think have been treated far beyond what we should have been treating them.

I believe it is that fear to which the public is responding. They see their loved ones suffering and experiencing pain at the hands of aggressive medical treatment when, in fact, we should be backing off and providing palliation and comfort care so that the natural process of dying can continue.

We do not support merely prolonging physical life when there is no hope of reversing the illness or providing significant benefit for the patient. In fact, to do this does not show respect for the life that God has given us. I believe it is a kind of biological idolatry.

## [Traduction]

à quelqu'un de mourir et hâter sa mort par le suicide assisté ou l'euthanasie. La majorité des membres de notre groupe de travail n'appuie pas cette dernière possibilité, soit le suicide assisté ou l'euthanasie.

Pour souligner cette confusion, je constate tous les jours dans mon travail à l'hôpital que les infirmières et les médecins sont confus au sujet de la mort permise et de l'euthanasie. De fait, en discutant avec une infirmière en chef aujourd'hui, je lui ai raconté que je venais faire cette présentation sur l'euthanasie à votre comité. Elle m'a dit: «Eh bien, cela arrive tout le temps.» Je lui ai demandé ce qu'elle voulait dire. Elle a répondu: «Et Debbie?». Il s'agissait d'une patiente que nous avons soignée quelques semaines et qui a succombé à la fibrose kystique. À la fin, on lui donnait de la morphine pour qu'elle soit à l'aise, ce qui était tout à fait indiqué. Dans la dernière heure, la dose a été doublée. Cela peut-être hâté sa mort de 15 minutes, mais elle était en train de mourir de fibrose kystique. Cette infirmière m'a demandé si ce n'était pas de l'euthanasie? Je lui ai répondu que non. Pour illustrer en quoi consiste vraiment l'euthanasie, pour donner un exemple, je lui ai parlé de Chris, un autre patient atteint de fibrose kystique qui venait de recevoir son congé et à qui il reste probablement seulement six mois à vivre. Je lui ai dit que s'il venait nous voir et nous disait qu'il sent la fin approcher et qu'il ne veut plus continuer, qu'il n'a pas de soutien, que sa vie ne vaut vraiment plus la peine d'être vécue et qu'il faut y mettre fin, cela ce serait de l'euthanasie. Tout à coup, elle venait de comprendre.

Je suis en train de mener des recherches actuellement et je fais des entrevues avec des médecins de nos soins intensifs. Certains d'entre eux pensent que lorsqu'ils débranchent quelqu'un d'un appareil de maintien en vie et qu'ils leur donnent les médicaments nécessaires pour être à l'aise, c'est de l'euthanasie. Ce n'en est pas. C'est laisser quelqu'un finir de mourir. Même le terme «mort permise» n'est pas sain. «Euthanasie passive» est aussi un mauvais terme parce que dans l'esprit du public, l'euthanasie c'est le meurtre par compassion. Même «mort permise» est un terme arrogant. Il donne l'impression que nous permettons la mort. La réalité, c'est que ces gens sont en train de mourir.

Nous ne contrôlons pas toujours la mort. Une grande partie de ce débat tourne autour du fait que nous voulons contrôler la mort. Bien souvent, il convient tout à fait de nous retirer et de laisser la mort venir. Je crois que l'acharnement thérapeutique est souvent une désacralisation de la vie. Je vois des gens qui, à mon avis, ont été traités bien au-delà de ce qu'ils auraient dû.

Je crois que le public réagit à cette peur. Les gens voient des êtres chers souffrir et avoir mal à cause d'un acharnement thérapeutique, alors que, en réalité, nous devrions laisser faire et fournir des soins palliatifs et du réconfort afin que le processus naturel de la mort puisse se poursuivre.

Nous ne sommes pas d'accord pour prolonger la vie physique lorsqu'il n'y a plus d'espoir de renverser le cours de la maladie ni d'avoir des effets bénéfiques sur le patient. D'ailleurs, prolonger ainsi la vie, c'est manquer de respect envers la vie que Dieu nous a donnée. Je crois que c'est une espèce d'idolâtrie biologique.



## [Texte]

Most literature that supports assisted suicide or euthanasia states that it would be necessary only in a limited number of cases. Palliative care has demonstrated that pain and other symptoms of advanced disease can be controlled, and that when this is provided, patients achieve the maximum available quality of life and do not ask for early termination. This is also my personal experience.

However, most terminal patients do not die in a palliative bed but in active treatment and ICU beds, where they often receive painful treatment that prolongs their death, even though, in many cases, it is anticipated that these treatments will not lead to recovery.

We challenge the claim that there is no money for an increase in palliative care. In fact, it is possible that if some of the active beds were turned into palliative beds, decisions would be made earlier and more appropriately to provide palliative or comfort care to patients who are dying rather than active aggressive care. In such situations, caregivers, patients and families would be encouraged to accept that the person is dying, and in the end would be better prepared and more accepting of death.

Presently, the possibility of death is often not talked about until the very last moment. This prevents everyone from dealing with it, and results in further prolongation, pain and suffering. We believe that if palliative care were more available, there would be much less perceived need for assisted suicide or euthanasia.

It is my understanding that there are fewer requests and less of a perceived need for euthanasia in Britain, where palliative care is more widely available, as compared to Holland where it is almost nonexistent.

In our report we outline the main arguments for and against assisted suicide or euthanasia. Of the classical ones, I will highlight the one that I believe is of particular relevance to our group and then move on to several other arguments that I believe to be of importance.

Until recently, active intervention, including that of a physician to end life, has faced strong moral prohibition in our culture. Throughout the ages, major world religions have placed a high value on human life. Traditionally, Christianity in particular has taught that it is wrong to kill. Equally strong is the secular ethic that views every life as valuable, and sees it as wrong to kill in ordinary circumstances. We believe that our society should uphold this moral principle.

The physical suffering in the terminal stages of an illness may be compounded by psychological and spiritual suffering. The previous speaker outlined this in his presentation far better than I could ever do.

In accepting a plea for death without exploring the concerns that underlie it, I believe we are really and truly in danger of prematurely ending a life. It is well known in my discipline in pastoral care that spiritual and psychological pain recedes when a person is given an opportunity to express their distress and

## [Translation]

La plupart des études en faveur du suicide assisté ou de l'euthanasie indiquent que ces mesures ne seraient nécessaires que dans des cas limités. Les soins palliatifs ont démontré que la douleur et d'autres manifestations de la maladie avancée peuvent être contrôlées, et que, lorsque ces soins sont dispensés, les patients obtiennent la meilleure qualité de vie possible dans les circonstances et ne demandent pas à mourir. C'est aussi mon expérience personnelle.

Toutefois, la plupart des malades en phase terminale ne meurent pas aux soins palliatifs mais plutôt dans les unités de soins actifs et aux soins intensifs, où ils reçoivent parfois des traitements douloureux qui prolongent leur agonie, même si, bien souvent, on sait que ces traitements ne permettront pas de vaincre la maladie.

Nous réfutons l'affirmation qu'il n'y a pas d'argent pour accroître les soins palliatifs. De fait, il se peut que, si certains lits consacrés aux soins actifs étaient affectés aux soins palliatifs, on déciderait plus rapidement et plus efficacement de fournir des soins palliatifs à des patients à l'agonie au lieu de faire de l'acharnement thérapeutique. Dans ces situations, les donneurs de soins, les patients et les familles seraient encouragés à accepter que le malade est en train de mourir et, à la fin, ils seraient mieux préparés et accepteraient mieux la mort.

À l'heure actuelle, on ne discute souvent de la possibilité de mourir qu'au dernier moment. Cela empêche les gens de faire face à la situation et prolonge la douleur et la souffrance. Nous pensons que, si les soins palliatifs étaient plus généralisés, le besoin perçu du suicide assisté et de l'euthanasie serait beaucoup moins grand.

Je crois comprendre qu'il y a moins de demandes d'euthanasie et que le besoin perçu est moins grand en Grande-Bretagne, où les soins palliatifs sont plus généralisés qu'en Hollande, pays où ils sont presque inexistantes.

Dans notre rapport, nous décrivons les principaux arguments pour et contre le suicide assisté ou l'euthanasie. Parmi les arguments classiques, je souligne celui qui me semble être particulièrement pertinent pour notre groupe, puis j'en décris d'autres qui me paraissent importants.

Jusqu'à récemment, l'intervention active, y compris celle d'un médecin pour mettre fin à une vie, a fait face à des interdictions morales très fortes dans notre culture. Tout au long des âges, les grandes religions du monde ont accordé une très grande valeur à la vie humaine. De tout temps, la chrétienté, en particulier, a enseigné qu'il est mal de tuer. Tout aussi forte est la morale séculaire selon laquelle toute vie a de la valeur et il est mal de tuer dans des circonstances ordinaires. Nous pensons que notre société devrait continuer de défendre ce principe.

La souffrance physique en phase terminale d'une maladie peut s'accompagner d'une souffrance psychologique et spirituelle. Le témoin précédent l'a fait remarquer dans son exposé beaucoup mieux que je ne pourrais jamais le faire.

En acquiesçant à la demande de celui qui veut mourir sans analyser les causes de cette demande, je crois que nous courons vraiment le danger de mettre fin prématurément à une vie. Il est bien connu dans ma discipline pastorale que la douleur spirituelle et psychologique diminue lorsque la personne peut exprimer sa



## [Text]

suffering to others. I believe this is what the previous speaker was talking about when he was speaking about community. If someone does not have a natural community around them in terms of family, friends and support, then as a society we still have a responsibility to provide that community. I could cite examples of patients who did not have the kind of community that we are talking about.

Most of us have that type of community built into our lives, in terms of our family and friends. When such is not the case, the care team literally becomes the patient's family. They become the community of support. I agree with the previous speaker who said that just because someone does not have that kind of community does not mean that we should hasten their death. There are already too few such resources for people like that in the system.

This reminds me of another conversation I had this morning with an old lady who is about 94. She said to me something about being a nuisance. She feels that she is a nuisance because she cannot do anything any more. She is aware that they need the space in the unit where she is. Having this presentation on my mind today, I thought that if euthanasia were legalized, would someone like this lady feel that it was her duty to free up a bed and also stop being a nuisance.

You have probably heard a lot about the experience in the Netherlands, so I will not go into it in detail. However, one of the things that was particularly telling for me was in the literature put out by Dr. Admiral. He is one of the physicians and leaders in the euthanasia movement. He said that he does not believe that physical pain, in itself, is justification for euthanasia because such pain can be controlled. He said what was justification was unbearable suffering.

When he outlined what he believed were the psychological causes, he set out things about anxieties over pain and suffering, deformation, dependency, grief and related feelings about impending loss of family and possessions. All of those psychological causes are the kinds of experience that the previous speaker was telling you he had to go through in coming to terms with his new status as someone with multiple sclerosis. I believe all those things are the normal grief reaction to an impending loss and, if so be it, our impending death. People need assistance in dealing with these feelings, not termination of their lives because they have them.

We also recognize that there may be a small number of people who have reached a point where they have made peace with their situation and are ready to die prior to a natural time of death. We believe that an acceptable alternative to euthanasia that does not require external assistance is to stop eating and drinking. An extensive review of the relevant literature suggests that voluntary starvation does not cause pain or discomfort, except for dryness of mouth, which can easily be alleviated. Indeed, withdrawal may decrease the pain of terminal disease. It certainly has been my experience that many people in the end stages of their life stop eating. My own grandmother died in September. For six months prior to her death, she was being nursed at home by my aunt. She

## [Traduction]

détresse et sa souffrance aux autres. Je crois que c'est de cela que parlait le témoin précédent lorsqu'il parlait de communauté. Si une personne n'a pas de communauté naturelle autour d'elle, une famille, des amis et du soutien, alors, en tant que société, nous devons la lui fournir. Je pourrais donner des exemples de patients qui n'ont pas ce genre de communauté dont il est question ici.

La plupart d'entre nous jouissons de ce type de communauté dans notre vie, grâce à la famille et aux amis. Lorsque ce n'est pas le cas, l'équipe de soins devient littéralement la famille du patient. Il deviennent la communauté de soutien. Je suis d'accord avec le témoin précédent, qui déclarait que le fait qu'une personne n'a pas ce genre de communauté ne devrait pas nous inciter à hâter sa mort. Il y a déjà trop peu de ressources dans le système pour des gens comme ceux-là.

Cela me rappelle une autre conversation que j'ai eue ce matin avec une vieille dame de 94 ans environ. Elle m'a dit qu'elle se sentait un poids. Elle a l'impression qu'elle est un poids parce qu'elle ne peut plus rien faire. Elle sait qu'ils ont besoin du lit dans l'unité où elle se trouve. Préoccupée par cet exposé d'aujourd'hui, je me suis dit que si l'euthanasie était légalisée, des gens comme cette dame se sentiraient peut-être obligés de céder leur lit pour cesser d'être un poids.

Vous avez probablement déjà beaucoup entendu parler de l'expérience des Pays-Bas, alors je n'entrerai pas dans les détails. Mais un aspect particulièrement révélateur pour moi a été exposé par le docteur Admiral. Il fait partie des médecins et des dirigeants du mouvement en faveur de l'euthanasie. Il a déclaré qu'il ne croit pas que la douleur physique, en soi, justifie l'euthanasie, parce que cette douleur peut être soulagée. Il a déclaré que la justification, c'est une souffrance insupportable.

Dans sa description de ce qu'il croit être les causes psychologiques, il est question d'anxiété à propos de la douleur et de la souffrance, de déformation, de dépendance, de peine et de sentiments de ce genre au sujet de la perte prochaine de sa famille et de ce qu'on possède. Toutes ces causes psychologiques font partie de l'expérience qu'a dû vivre le témoin précédent pour accepter sa condition de sclérosé. Je crois que ce sont toutes des réactions de douleur normales face à une perte prochaine et, s'il le faut, face à notre mort prochaine. Les gens ont besoin d'aide pour faire face à ces sentiments, pas pour mettre fin à leurs jours parce qu'ils les ressentent.

Nous reconnaissons aussi qu'un petit nombre de personnes ont atteint un point où ils sont en paix avec leur situation et prêts à mourir avant l'heure que la nature aurait choisie. Nous croyons qu'une solution de rechange acceptable au lieu de l'euthanasie et qui n'exige pas d'aide externe consiste à cesser de manger et de boire. Un examen approfondi des études sur la question révèle que mourir de faim volontairement ne cause pas de douleur ni de malaise, sauf que la bouche est sèche et on peut facilement soulager ce malaise. D'ailleurs, cela pourrait réduire la douleur d'une maladie en phase terminale. J'ai pour ma part vu bien des gens cesser de manger aux derniers jours de leur vie. Ma grand-mère est décédée en septembre. Durant les six mois qui ont



[Texte]

ate very little, yet she was comfortable. The literature suggests that decreased hydration increases pain control.

We do not believe that the legalization of assisted suicide or euthanasia is justified or will provide the kind of death for which people are looking.

I would like to give the committee a couple of other brief reflections from my own experience. In my current research project, I am interviewing doctors who work in our intensive care unit about their experience in working with dying patients. They talk about the enormous stress they feel when making the decision either to remove someone from life supports when further treatment is futile, or not taking someone to the ICU who might benefit. They believe that they are making a life and death decision for the patient.

I do not believe that to be the case. The patient is dying because their body can no longer sustain life, not because of what the physician is doing. However, listening to them has given me a new appreciation for the weight of responsibility that physicians carry about end-of-life decisions. I do not believe that the rest of us have a right to expect physicians, or anyone else for that matter, to assist in hastening our deaths, either individually or as a society.

In conclusion, I should like to reiterate that the majority of our committee do not favour legalization of assisted suicide or euthanasia but, rather, favour more emphasis on allowing people to die with the advantage of good palliative care. We believe there is a distinct moral, psychological and spiritual difference between the allowing of, or not intervening to interrupt natural death, and deliberately hastening death. We believe there is an urgent need to make palliative care, expertise and resources more widely available.

Thank you, Madam Chairman.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you for your presentation. As you pointed out, some of the arguments on this issue have been repeated, but they are always interesting to us.

On page 7 of your brief you state:

Some people use as an argument for legalization the fact that they believe euthanasia is already happening...It is probably necessary for guidelines to be established in relation to withdrawal of treatment but this must not be confused with physician-assisted suicide and euthanasia.

Would you develop that point further? Last night, we were discussing this whole question of the withdrawal of treatment and whether or not guidelines should be established.

**Ms Simmonds:** It is a difficult question. For example, if someone is being taken off life supports in an ICU, then my thinking is that we have already used our technology to keep them alive longer than they could sustain life on their own. When we are taking them off the breathing machine, the

[Translation]

précédé son décès, elle a été soignée à la maison par ma tante. Elle mangeait très peu, pourtant elle était à l'aise. Les études ont démontré que boire moins permet de mieux maîtriser la douleur.

Nous ne croyons pas que la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie soit justifiée ni qu'elle procurera le genre de mort que les gens recherchent.

J'aimerais exprimer au comité quelques autres brèves réflexions tirées de ma propre expérience. Dans mon projet de recherche actuel, j'interroge les médecins qui travaillent aux soins intensifs chez nous sur leur expérience avec les mourants. Ils parlent de l'énorme stress qu'ils ressentent quand ils prennent la décision de débrancher des appareils de maintien en vie lorsque d'autres traitements sont futiles ou de ne pas envoyer aux soins intensifs une personne pour qui cela ne donnerait rien. Ils croient qu'ils prennent une décision de vie ou de mort à la place du patient.

Je ne crois pas que ce soit le cas. Le patient meurt parce que son corps ne peut plus le faire vivre, peu importe l'intervention du médecin. Mais écouter les médecins m'a permis de saisir le poids des responsabilités que sentent les médecins à propos des décisions qui se prennent à la fin de la vie. Je ne crois pas que nous ayons le droit de nous attendre que les médecins, ni personne d'autre en réalité, nous aident à hâter notre mort, que ce soit individuellement ou en tant que société.

En conclusion, j'aimerais répéter que la majorité des membres de notre comité n'est pas en faveur de la légalisation du suicide assisté ni de l'euthanasie, mais plutôt qu'on permette davantage aux gens de mourir en ayant pu recevoir de bons soins palliatifs. Nous croyons qu'il y a une nette différence morale, psychologique et spirituelle entre permettre la mort naturelle ou ne pas intervenir pour l'empêcher et la hâter délibérément. Nous croyons qu'il est urgent d'accroître les soins palliatifs, les compétences et les ressources dans ce domaine.

Merci, madame la présidente.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Merci de votre exposé. Comme vous l'avez fait remarquer, certains arguments sur cette question ont été répétés, mais ils nous intéressent toujours.

À la page 7 de votre mémoire, vous déclarez:

Certains soutiennent, pour justifier la légalisation de l'euthanasie, que l'euthanasie existe déjà selon eux... Il est probablement nécessaire d'établir des lignes directrices concernant l'interruption d'un traitement, mais il ne faut pas confondre ces actes avec le suicide assisté par un médecin ni avec l'euthanasie.

Pouvez-vous apporter des précisions à ce sujet? Hier soir, nous avons justement discuté de l'interruption d'un traitement et nous nous sommes demandés s'il fallait établir des lignes directrices.

**Mme Simmonds:** C'est une question délicate. Par exemple, si un patient est débranché aux soins intensifs, alors je pense que nous avons déjà fait appel à la technologie pour le maintenir en vie plus longtemps que s'il avait été laissé à lui-même. Quand nous débranchons le poumon artificiel, le respirateur, je crois que

*[Text]*

ventilator, I believe we have a responsibility to make sure that they do not incur more suffering because of how we have intervened.

If I were given 100 milligrams of morphine, it would probably kill me. However, if I were a patient who had been receiving high doses of morphine for an extended period of time, then 100 milligrams might barely touch me.

When I worked in the palliative care unit, some patients were getting 100 milligrams of morphine orally every three hours. They were alive and talking. It would be difficult in establishing guidelines to say what kind of doses we would be talking about.

While I believe that guidelines might be necessary, in some ways it is even more necessary to help people understand what is happening, that this is not euthanasia — at least not to my way of thinking; this is withdrawal of treatment. These people have not been able to sustain life on their own. When you are on a breathing machine, you cannot live on your own. You are dependent on that machine. That is very different from you and I sitting here, breathing and talking. It is different from hastening somebody's death.

I know I am not answering your question as directly as you would like, but I think it is a difficult thing to do. Certainly, there is wide acceptance, both legally and medically, for withdrawal of treatment. However, many people still feel that that, too, is euthanasia — and I can name several physicians in our institutions who believe they are providing euthanasia by giving these doses of morphine.

Part of the problem is a recently publicized case from our hospital where a nurse gave an injection of potassium chloride to ostensibly hasten the death of somebody who was already being removed, and who had been given morphine. It was the coroner who suggested that the doses of morphine already in the patient's system were lethal enough so that it would be difficult to tell whether the patient died from the morphine or the potassium chloride.

To me, that is taking the argument out of where it belongs. Neither the morphine nor the potassium chloride killed the patient. The patient's body could no longer sustain life on its own. What the nurse did is wrong, in my opinion, but that is beside the point. I believe we have a responsibility, if we are to extend someone's life and then decide there is nothing more we can do, to keep them comfortable while they die.

**Senator Lavoie-Roux:** I will try to make my question more precise. I agree with you in terms of withdrawal of treatment if it is only an artificial thing. Most of us have no problem with that. However, in order to decide when to withdraw treatment and under what conditions, do you have any guidelines to follow at your hospital? Sometimes you unplug the machine and the person does not die.

**Ms Simmonds:** That is right. If that happens, so be it.

*[Traduction]*

nous avons la responsabilité de nous assurer que le patient ne souffre pas davantage à cause de notre intervention.

Si on me donnait 100 milligrammes de morphine, cela me tuerait probablement. Mais si j'étais une patiente à qui on avait administré de fortes doses de morphine pendant longtemps, ces 100 milligrammes n'auraient probablement presque aucun effet.

Quand je travaillais aux soins palliatifs, des patients recevaient 100 milligrammes de morphine par voie orale tous les trois heures. Ils étaient bien en vie et parlaient. Il serait difficile d'établir des lignes directrices définissant ce genre de doses.

Même si je crois que des lignes directrices sont nécessaires, dans certains cas, il est encore plus nécessaire d'aider les gens à comprendre ce qui se passe, qu'il ne s'agit pas d'euthanasie (dans mon esprit, en tous les cas) mais plutôt d'une interruption de traitement. Ces gens ne pourraient pas vivre par eux-mêmes. Quand vous êtes branché à un respirateur, vous ne pouvez pas vivre par vous-même. Vous dépendez de cet appareil. C'est très différent de vous et moi, qui sommes assis ici et qui discutons. Ce n'est pas comme hâter la mort de quelqu'un.

Je ne sais pas si je réponds à votre question aussi directement que je le voudrais, mais je pense que ce n'est pas une tâche facile. L'interruption d'un traitement est évidemment largement acceptée, légalement et médicalement. Mais bien des gens ont encore l'impression que cela aussi c'est de l'euthanasie, et je pourrais nommer plusieurs médecins dans nos hôpitaux qui croient qu'ils pratiquent l'euthanasie quand ils donnent ces doses de morphine.

Le problème découle en partie d'un cas dont on a parlé récemment dans les médias au sujet de notre hôpital. Une infirmière a fait une injection de chlorure de potassium, de toute évidence, pour hâter la mort d'un patient qui était déjà débranché et qui recevait de la morphine. Le coroner a indiqué que les doses de morphine dans le système du patient étaient déjà mortelles et qu'il était donc difficile d'établir si le patient était mort de la morphine ou du chlorure de potassium.

Pour moi, c'est sortir l'argumentation hors de son contexte. Ni la morphine ni le chlorure de potassium n'a tué ce patient. Le corps de ce patient ne pouvait plus survivre par lui-même. Ce qu'a fait l'infirmière est mal, à mon avis, mais là n'est pas la question. Je crois que nous avons la responsabilité, si nous prolongeons la vie de quelqu'un et constatons par la suite qu'il n'y a plus rien à faire, de nous assurer qu'il est à l'aise pendant l'agonie.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** J'essaierai de poser ma question de manière plus précise. Je suis d'accord avec vous au sujet de l'interruption d'un traitement si ce dernier n'est qu'artificiel. La plupart d'entre nous sommes tout à fait d'accord avec cela. Mais, afin de décider quand interrompre le traitement et dans quelles circonstances, devez-vous suivre des directives à votre hôpital? Il arrive parfois qu'on débranche la machine et que le patient ne meure pas.

**Mme Simmonds:** C'est exact. Quand cela arrive, il faut l'accepter.



[Texte]

**Senator Lavoie-Roux:** To be sure that this person will die the minute you withdraw the machine, are there any rules or guidelines?

**Ms Simmonds:** I do not believe it is necessary to ensure that the patient will die immediately, and to give them enough medication so we are sure they will die. We need to give them enough medication to be sure they will be pain-free. If they continue to live after we withdraw the machine, so be it.

That gets into a whole other problem, because oftentimes we bring people through crises with machines. We stabilize them, then remove the life support, and the patients can live on perhaps in a persistent vegetative state. Then it is much harder to withdraw. That is often a psychological matter rather than an ethical or legal one. Again, I am not sure I am answering your question.

**Senator Lavoie-Roux:** I am pursuing this question as I have been doing for a while. I will have to continue asking people about it. What you have told me is useful.

You mention that, in Holland, the most frequent usage of euthanasia is for HIV-infected patients.

**Ms Simmonds:** I do not know if they use it the most, but I believe there is a higher percentage of such patients who do.

**Senator Lavoie-Roux:** The group of patients for whom I have a great deal of concern, according to the testimony we have heard, are those people who are dying of AIDS. We have talked this afternoon about community support. You probably know as well as I do — probably even better — that we are only now improving their treatment. AIDS patients have been marginalized a great deal in the past. The community which we talked about this afternoon is sometimes far from being present. I am also told that often they die in terrible physical suffering of pain and deterioration. In that group, a large number want assisted suicide. What is the answer for them?

**Ms Simmonds:** I do not have extensive experience with AIDS patients, but I do have some. Many of them, in the early stages of diagnosis, say, "I want to die. I do not want to go through with this."

It does not matter so much what disease you are talking about here. The previous speaker talked about his journey when he was diagnosed with multiple sclerosis. He went through a time when, if he had had no supports, he too may have wanted to die. In many ways, that is a natural reaction for AIDS patients, because many of them have also seen their friends die. They know exactly what is ahead of them. That is where they need the support.

Perhaps you would be surprised to hear that the AIDS population and the AIDS community has far more support than many other communities in our society. We may think they do not, but they generate a tremendous amount of support within their own community. Even though they may not have family, and so on, there is a tremendous amount of support.

[Translation]

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Existe-t-il des règles ou des directives pour s'assurer que ce patient mourra dès que vous débrancherez la machine?

**Mme Simmonds:** Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de s'assurer que le patient mourra immédiatement et qu'il faille lui administrer les médicaments nécessaires pour être certains qu'il mourra. Nous devons administrer assez de médicaments pour nous assurer que le patient n'aura pas mal. S'il continue à vivre après que la machine est débranchée, on n'y peut rien.

Cela soulève un autre problème, parce que souvent, nous provoquons des crises à cause des appareils. Nous stabilisons les patients, puis nous débranchons les appareils et les patients peuvent parfois continuer à vivre dans un état végétatif persistant. Il est alors beaucoup plus difficile d'interrompre les traitements. C'est souvent une question plus psychologique que morale ou juridique. Là encore, je ne suis pas certaine de répondre à votre question.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je pose sans cesse cette question depuis un certain temps et je continuerai de la poser aux témoins. Ce que vous m'avez dit est utile.

Vous mentionnez que, en Hollande, l'euthanasie se pratique le plus souvent chez des patients séropositifs.

**Mme Simmonds:** Je ne sais pas si c'est le plus souvent, mais je crois que le pourcentage de ces patients est plus élevé.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Le groupe de patients qui me préoccupe le plus, d'après les témoignages que nous avons entendus, comprend ceux qui se meurent du sida. Nous avons parlé cet après-midi du soutien communautaire. Vous savez probablement autant que moi (peut-être même mieux) que nous commençons à peine à améliorer le traitement de ces patients. Les sidéens ont été beaucoup marginalisés par le passé. La communauté dont nous avons parlé cet après-midi est parfois bien loin d'exister. On me dit aussi que, souvent, ces malades meurent dans des souffrances et une dégradation physiques terribles. Dans ce groupe, un grand nombre de malades veulent le suicide assisté. Quelle est la réponse pour eux?

**Mme Simmonds:** Je n'ai pas une vaste expérience des sidéens, mais quand même un peu. Un grand nombre d'entre eux, aux premières phases de la maladie, déclarent qu'ils veulent mourir, qu'ils ne veulent pas passer au travers de cette épreuve.

Peu importe la maladie dont il est question. Le témoin précédent a parlé de son cheminement depuis le jour où il apprit qu'il avait la sclérose en plaques. Il y a eu une période où, sans appui, lui aussi aurait peut-être voulu mourir. À bien des égards, c'est une réaction naturelle pour les sidéens, parce que beaucoup d'entre eux ont aussi vu des amis mourir. Ils savent exactement ce qui les attend. C'est à ce moment-là qu'ils ont besoin de soutien.

Vous serez peut-être surprise d'apprendre que les sidéens et cette communauté ont beaucoup plus de soutien que bien d'autres groupes de la société. Nous pensons parfois le contraire, mais ils suscitent un soutien extraordinaire au sein de leur propre communauté. Même s'ils n'ont pas de famille, il y a un énorme soutien.

[Text]

When they are initially diagnosed, if they want to kill themselves, they can go out and do it, but many of them do not. I have understood, although I have not had this experience personally, that in the AIDS community, assisted suicide is happening. Physicians are writing prescriptions for people with HIV who are using them to end their lives. I worry about that, because it could be a form of discrimination. He may not be aware of it himself, but is the physician more quick to say it is okay to do that for this population than for another population?

No death from HIV, or from these other diseases, needs to contain any unnecessary suffering. Unfortunately, people do die without good palliative care. They die in active treatment hospitals under active treatment, and so they do not receive good palliative care. People who die in Casey House in Toronto would not be dying in the way you are describing. Of course, that applies to only a small number because they only have 12 beds. I do not know if there are any other hospices for HIV patients. There certainly are none in Toronto.

It is a matter of being careful not to end up discriminating against HIV patients. We also must be careful of the quality of care they are given at the end of their lives.

I work with cystic fibrosis patients. They are all young, in their 20s and 30s. They are dying. One of the things that strikes me about my 25 years in health care is that people do not want to die. We are not really talking about the issue in health care right now. Most people do not want to die. I often see patients with any number of diseases or disabilities, and I expect them to tell me they want to die, that they do not want to be living like this. They do not, and that astounds me.

I do see that people who are well look at dying patients and say, "I would not want to live like that." The HIV patients themselves, upon diagnosis, begin by saying, "I do not want to live like that. I do not want to die like that." Lo and behold, as time passes, they want to keep living. Gradually they deteriorate. The cystic fibrosis patients watch their friends die. They do not commit suicide when they are still able. They hold on to every last breath, even when taking a single breath is more painful than anything we can imagine.

We are not talking about many people here in discussing the need for assisted suicide. If there are people who do not have the social supports such as the previous speaker mentioned, it behooves us as a society to ensure that they have that support, rather than help them end their lives because of a fear that they will not have any support at the end.

**Ms Evans:** The concern of our task group was that if assisted suicide were legally available, it would cause a great deal of increased suffering for people with a deteriorating illness such as AIDS. They would be feeling the pressure upon them to die sooner, especially if they began to feel less wanted, more unsightly, more degraded. It is precisely at that point that the

[Traduction]

Quand le diagnostic est établi, s'ils veulent se tuer, ils peuvent le faire, mais beaucoup d'entre eux ne le font pas. Je crois comprendre, mais je ne l'ai pas constaté personnellement, que chez les sidéens, le suicide assisté se pratique. Des médecins donnent des ordonnances à des séropositifs, qui prennent ces médicaments pour mettre fin à leurs jours. Cela m'inquiète, parce que ce pourrait être une forme de discrimination. Il n'en est peut-être pas conscient lui-même, mais le médecin conclut-il plus rapidement que cet acte est acceptable pour ce groupe que pour un autre?

Aucune mort, qu'elle découle du sida ou d'une autre maladie, ne doit comporter des souffrances inutiles. Malheureusement, des gens meurent sans avoir reçu de bons soins palliatifs. Ils meurent dans des hôpitaux qui dispensent des traitements actifs et ne reçoivent donc pas de bons soins palliatifs. Ceux qui meurent à la maison Casey à Toronto ne le feraient pas comme vous le décrivez. Cela s'applique bien sûr uniquement à un petit nombre de personnes, parce qu'il n'y a que 12 lits. Je ne sais pas s'il y a d'autres maisons pour les sidéens. En tous cas, il n'y en a pas à Toronto.

Il faut prendre garde de ne pas finir par faire de la discrimination contre les sidéens. Nous devons aussi faire attention à la qualité des soins qui sont dispensés à la fin de la vie.

Je travaille avec des malades atteints de la fibrose kystique. Ils sont tous jeunes, dans la vingtaine ou la trentaine. Ils se meurent. L'une des choses qui me frappent après 25 ans dans le domaine de la santé, c'est que les gens ne veulent pas mourir. Je ne parle pas vraiment des soins de santé en disant cela. La plupart des gens ne veulent pas mourir. Je vois souvent des patients qui ont toutes sortes de maladies ou de handicaps et je m'attends à ce qu'ils me disent qu'ils veulent mourir, qu'ils ne veulent pas continuer à vivre comme cela. Ils ne me le disent pas et cela m'étonne.

Je vois des gens en santé qui s'occupent de mourants me dire qu'ils ne voudraient pas vivre comme cela. Les sidéens eux-mêmes, lorsqu'ils apprennent qu'ils sont malades, disent d'abord qu'ils ne veulent pas vivre dans cet état. Et voilà qu'à mesure que le temps passe, ils veulent continuer à vivre. Peu à peu, leur état se détériore. Les patients atteints de la fibrose kystique voient leurs amis mourir. Ils ne suicident pas lorsqu'ils le pourraient encore. Ils veulent vivre jusqu'au dernier souffle, même lorsque chaque respiration devient plus douloureuse que tout ce que nous pouvons imaginer.

Il n'y a pas tant de gens qui demandent le suicide assisté. Si certains n'ont pas les soutiens sociaux dont parlait le témoin précédent, alors il nous incombe, en tant que société, de nous assurer que ce soutien leur soit offert, au lieu de les aider à s'enlever la vie par crainte de n'avoir aucun soutien à la fin.

**Mme Evans:** Notre groupe de travail craignait que, si le suicide assisté était légalisé, il accroîtrait grandement la souffrance des personnes qui ont une maladie dégénérative comme le sida. Ces gens se sentiraient poussés à mourir plus tôt, surtout s'ils commençaient à se sentir moins voulus, plus laids, plus dégradés. C'est précisément à ce moment là que l'Église se soucie de bâtir



[Texte]

concern of the church is to build the kind of caring community around them which we have heard about.

This is what happens at Casey House. Much of the suffering, I understand, involves a sense of loss of dignity, a loss of being needed, of being wanted. Those feelings can and should be addressed by means other than the option of assisted suicide. If that option is made available, we are very concerned other means will be less available. Society, and in particular congregations, might strive less than they should to provide caring communities around dying people.

**Senator Lavoie-Roux:** I have heard the name of Casey House before, but I am not from Toronto. Was it established by a church or by the lay community?

**Ms Evans:** It was established by June Callwood originally, named after her son Casey. There are many volunteers there. Some would have secular backgrounds, some would have church backgrounds. An enormous number of volunteers focus on caring for the patients there.

**Ms Simmonds:** It is funded by the Ministry of Health.

**Senator Beaudoin:** On page 4, in footnote 5, you say:

While there is a practical difference between assisted suicide and euthanasia, we believe that there is no significant moral difference between them and thus we will refer to them together through the remainder of the document.

I am inclined to agree that it is pretty close, in the sense that assisted suicide is probably a form of euthanasia. Still, there are some differences. You say there is a practical difference. What do you mean by that?

**Ms Simmonds:** To me, there is a big difference. I could hand 100 pills to Ruth and tell her that if she takes these, she will die. That is different from me preparing a lethal injection and injecting it into her arm. In the first instance, I am helping her take her own life. In the second, I am taking her life. I am killing her. That is what I see as the practical difference.

**Senator Beaudoin:** In the case of euthanasia, the second person is playing the more active role. In the case of an assisted suicide, the principal actor is the patient. The first is a case of helping someone who then acts on their own. That is the practical difference which you see between the two categories. However, there is a second person involved in both cases. That is probably why you treat them as being in the same category. You do not see a big difference, morally speaking, or perhaps philosophically speaking?

**Ms Simmonds:** That is right.

**Senator Beaudoin:** You refer to an article about accepting death without artificial nutrition and hydration. In what category do you put that? Is it in the same category as withdrawal of instruments? Do you consider it not to be a problem, morally, to accept that form? In other words, if a person does not feel any desire to eat or to drink water, then we should not intervene artificially? Is that what you say?

[Translation]

autour d'eux le genre de communauté attentionnée dont nous avons entendu parler.

C'est ce qui se passe à la maison Casey. Une grande partie de la souffrance, selon moi, est liée à un sentiment de perte de dignité, au sentiment de ne plus être utile, voulu. Ces sentiments peuvent et devraient être dissipés par des moyens autres que le suicide assisté. Si cette solution est légalisée, nous craignons fortement que l'accès à d'autres moyens ne devienne plus réduit. La société, et en particulier les assemblées de fidèles, pourraient s'efforcer moins qu'elles le devraient d'entourer les mourants d'égards.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** J'ai déjà entendu ce nom, maison Casey, mais je ne suis pas de Toronto. Cette maison a-t-elle été fondée par une Église ou par les laïcs?

**Mme Evans:** Elle a été fondée par June Callwood, qui lui a donné le nom de son fils, Casey. On y trouve de nombreux bénévoles. Certains ont une perspective laïque, d'autres un fondement religieux. Un grand nombre de bénévoles cherchent à entourer de soins les patients qui se trouvent dans cette maison.

**Mme Simmonds:** Cet établissement est financé par le ministère de la Santé.

**Le sénateur Beaudoin:** Au renvoi 5 de la page 4, vous écrivez:

Bien qu'il y ait une différence pratique entre le suicide assisté et l'euthanasie, nous croyons qu'il n'y a pas de différence morale importante entre les deux; par conséquent, nous les examinerons ensemble dans le reste du document.

Je suis porté à croire qu'ils sont très près, en ce sens que le suicide assisté est probablement une forme d'euthanasie. Il y a cependant des différences. Vous déclarez qu'il y a une différence pratique. Qu'entendez-vous par là?

**Mme Simmonds:** À mon avis, il y a une grande différence. Je pourrais donner 100 comprimés à Ruth et lui dire que si elle les prend, elle mourra. C'est autre chose que de préparer une injection mortelle et la lui donner. Dans le premier cas, je l'aide à s'enlever la vie. Dans le second, c'est moi qui la lui enlève. Je la tue. C'est ce qui me paraît être la différence pratique.

**Le sénateur Beaudoin:** Dans le cas de l'euthanasie, la deuxième personne joue le rôle plus actif. Dans le suicide assisté, le principal acteur est le patient. On aide alors quelqu'un qui agit en suite de son propre chef. C'est la différence pratique que vous voyez entre les deux catégories. Une autre personne agit cependant dans les deux cas. C'est probablement pour cela que vous n'en faites qu'une seule catégorie. Vous ne voyez pas une grande différence, moralement, ou peut-être philosophiquement?

**Mme Simmonds:** C'est exact.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous parlez d'un article au sujet de l'acceptation de la mort dans nutrition ni hydratation artificielles. Dans quelle catégorie placez-vous cette situation? Dans la même que le débranchement des appareils? Ne trouvez-vous pas moralement difficile d'accepter cette forme de décès? Autrement dit, si une personne n'a aucune envie de manger ni de boire, nous ne devrions pas intervenir artificiellement? Est-ce ce que vous dites?

[Text]

**Ms Simmonds:** Yes. I do not think we should insist. We should not push someone to eat if they do not want to eat. Artificial nutrition and hydration are very common now, particularly for the elderly.

**Senator Beaudoin:** Does it happen often?

**Ms Simmonds:** Too often. It happens all the time. I spoke to a nurse today about an 82-year-old woman who had a massive stroke. She was found in her apartment in a comatose state, and was brought into emergency. I said that I hoped they would not put in a feeding tube, and she answered, "I am sure they will." This is what is done. She said, "If we do not put in a feeding tube, we cannot get her off this floor."

**Senator Beaudoin:** Are such people dying peacefully?

**Ms Simmonds:** I do not think so. This poor woman should probably be allowed to die. As I would say, she started to die and we have interrupted her dying. To put in a feeding tube is to interfere more.

I have another 85-year-old patient with a feeding tube. She is unable to talk. She is basically sleeping all the time. She has cancer in her abdomen. I think the feeding tube is inappropriate. I do not think we should be feeding someone like that. There is also evidence in the literature to suggest that, by feeding someone like that, you can be feeding their tumour and causing them additional pain and suffering. When someone is 85 years old and dying, their body does not require the same nutrition that we do when we are healthy.

**Senator Beaudoin:** Then you are against the intervention?

**Ms Simmonds:** In certain circumstances, it might be appropriate. If a young person is in a car accident and becomes comatose, and if there is a chance he would wake up and be healthy, to feed him in the intervening time would be quite acceptable. However, for an 85-year old who we know is dying from underlying diseases, it is inappropriate.

**Senator Beaudoin:** I tend to agree with you on this.

**Ms Simmonds:** We do not listen enough to what the body tells us. We have taken too much onto ourselves.

**Senator Beaudoin:** The person is dying a natural death anyway, in a case like that.

**Ms Simmonds:** You are often prolonging their suffering by putting in a feeding tube.

**Ms Evans:** The reason our United Church put together a task group to address this issue is that we had a petition from someone in the ministry who was much concerned about the fears of people in nursing homes in her rural area of Muskoka. They did not have anyone to talk to about their fears of dying. They were concerned about the stories they had heard of hospital treatment and radical interventions. All they wanted, when their time came, was to die peacefully in the nursing home where they had been in residence.

[Traduction]

**Mme Simmonds:** Oui. Je ne pense pas que nous devrions insister. Nous ne devrions pas forcer quelqu'un à manger s'il ne le veut pas. La nutrition et l'hydratation artificielles sont très courantes actuellement, en particulier chez les personnes âgées.

**Le sénateur Beaudoin:** Cela arrive souvent?

**Mme Simmonds:** Trop souvent. Cela arrive tout le temps. J'ai parlé à une infirmière aujourd'hui au sujet d'une dame de 82 ans qui a fait une crise grave. On l'a trouvée dans un état comateux dans son appartement et on l'a transportée à l'urgence. J'ai dit que j'espérais qu'on ne l'intuberait pas et l'infirmière m'a répondu: «Je suis certaine qu'ils vont le faire.» Voilà ce qui arrive. Elle a ajouté: «Si nous ne lui donnons pas de sérum, nous ne pouvons pas la changer d'étage.»

**Le sénateur Beaudoin:** Ces personnes meurent-elles paisiblement?

**Mme Simmonds:** Je ne le pense pas. On devrait probablement laisser cette pauvre dame mourir. Je dirais qu'elle a commencé à mourir et qu'on l'empêche de finir. L'intuber ne fait qu'entraver le processus encore plus.

J'ai une autre patiente de 85 ans qu'on nourrit par intraveineuse. Elle ne peut pas parler. Au fond, elle dort tout le temps. Elle a le cancer de l'abdomen. Je pense que l'intubation est déplacée. Je ne pense pas que nous devrions nourrir quelqu'un comme cela. Des études ont également démontré qu'en nourrissant un malade ainsi, on peut nourrir la tumeur et accroître la douleur et la souffrance. Lorsqu'une personne de 85 ans est en train de mourir, son corps n'a pas besoin d'être nourri comme le serait une personne en santé.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous êtes contre l'intervention?

**Mme Simmonds:** Dans certaines circonstances, ce pourrait être justifié. Si un jeune a un accident de voiture et devient comateux et s'il y a des chances qu'il se réveille et soit en santé, le nourrir dans l'intervalle serait tout à fait acceptable. Mais pour une personne de 85 ans que nous savons en train de mourir de maladie, c'est déplacé.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai tendance à être d'accord avec vous sur ce point.

**Mme Simmonds:** Nous n'écoutons pas assez notre corps. Nous nous mettons un trop lourd fardeau sur les épaules.

**Le sénateur Beaudoin:** La personne est en train de mourir de mort naturelle de toutes façons, dans un cas comme celui-là.

**Mme Simmonds:** On prolonge souvent sa souffrance en l'intubant.

**Mme Evans:** Notre Église a mis sur pied un groupe de travail pour étudier cette question, parce qu'un membre de notre ministère nous a exprimé sa grande inquiétude concernant les craintes des personnes hébergées dans des centres d'accueil de sa région rurale de Muskoka. Ces gens n'avaient personne à qui parler de leur peur de mourir. Ils s'inquiétaient de ce qu'on raconte au sujet du traitement hospitalier et des interventions radicales. Tout ce qu'ils voulaient, quand leur heure viendrait, c'était de mourir paisiblement au centre d'accueil qui les hébergeait.



[Texte]

Part of this euthanasia debate, we feel, is being fuelled by stories of active intervention when you are taken, possibly against your will, into an active treatment hospital, rather than being allowed to die.

**Senator Corbin:** Your church is one which, over the years, has taken — I am not sure I should use this word — the devil by the horns. You have dealt with a number of tough issues. You have been innovative. I do not think you should be designated as one of those right-wing religious institutions which proponents of euthanasia sometimes use to describe those who are opposed to euthanasia on the basis of religious considerations. Yet you come to us and tell us that, for theological and other considerations, we should not kill people. It is as plain as that. Nevertheless, the paper you have given to us is entitled, "A Paper Approved For Discussion in the Congregations of the United Church of Canada."

I should preface my question by saying that this whole issue is quite divisive. It is divisive within our own committee. I do not think I am revealing any secrets by saying that. Nevertheless, does this paper have the overwhelming approval of the ministry in your church? We have heard one ordained United Church minister in Winnipeg who is very much in favour of euthanasia.

**Ms Simmonds:** I believe I know who you are talking about. He is one of the people who I believe confuses euthanasia and allowed death. That is one of the things we particularly wanted to address in our report. That is fuelling the public sense that we do need this. He has sent all his stuff to us as well.

**Senator Corbin:** He is very active in the community. His activities are reported in the newspapers and on the radio. He will talk to anyone to push this idea.

**Ms Evans:** He has given to me all his material and newspaper clippings and accounts of his appearance before this committee. He is in great disagreement with our paper. That is his right. That is the kind of church we are. There are probably other people in the church who would agree with him, and many who would disagree.

Our paper has been prepared for study and discussion across the church because we do not have a clear sense of where even the mainline of our church would stand at this point. So far, we have had very good feedback that is very supportive of the position the paper has taken. However, it has not been widely tested yet.

**Senator Corbin:** As your congregations get more and more involved in sorting out the various notions and concepts of euthanasia or assisted suicide or, indeed, palliative care, do you find that there is a lot of confusion out there in the real world; that there is a need to clarify these various notions so that people can begin to understand what it is that is at issue here?

**Ms Simmonds:** Absolutely. It is not just the congregations. I would say the same thing about the health care field. People who are working with these issues all the time need a lot of clarification.

[Translation]

Nous pensons que le débat actuel sur l'euthanasie est alimenté en partie par des histoires d'intervention active, où l'on amène les gens, peut-être contre leur gré, dans des hôpitaux de traitement actif au lieu de les laisser mourir.

**Le sénateur Corbin:** Au fil des années, votre Église a pris le taureau par les cornes. Vous avez étudié un grand nombre de questions délicates. Vous avez eu de l'imagination. Je ne crois pas qu'on puisse vous qualifier d'institution religieuse de droite, pour reprendre le terme qu'emploient parfois les défenseurs de l'euthanasie afin de décrire ceux qui s'opposent à l'euthanasie pour des motifs religieux. Or vous venez nous dire que, pour des motifs théologiques et autres, nous ne devrions pas tuer les gens. C'est aussi simple que cela. Néanmoins, le document que vous nous avez remis est un document approuvé aux fins de discussion chez les fidèles de l'Église unie du Canada.

Avant de poser ma question, je devrais préciser que toute cette affaire est très controversée. Les avis sont très partagés au sein de notre comité. Je ne crois pas révéler aucun secret en disant cela. Mais ce document a-t-il l'approbation majoritaire du ministère de votre Église? Nous avons entendu un ministre de l'Église unie de Winnipeg qui est très en faveur de l'euthanasie.

**Mme Simmonds:** Je crois savoir de qui vous parlez. Il fait partie, selon moi, des gens qui confondent l'euthanasie et la mort permise. C'est une des questions que nous voulions éclaircir dans notre rapport. Cela nourrit l'impression du public que nous avons besoin de l'euthanasie. Il nous a fait parvenir sa documentation, à nous également.

**Le sénateur Corbin:** Il est très actif dans la communauté. Ses activités sont relatées dans les journaux et à la radio. Il parle à tout le monde pour faire valoir son point de vue.

**Mme Evans:** Il m'a remis tous ses documents, des découpures de journaux et le compte rendu de son témoignage devant le comité. Il n'est vraiment pas d'accord avec notre document. C'est son droit. Notre Église est ainsi. Il y a probablement d'autres membres de l'Église d'accord avec lui, et beaucoup d'autres qui ne le sont pas.

Notre document a été rédigé afin qu'on l'étudie et qu'on en discute dans toute l'Église, parce que nous ne savons même pas clairement qu'elle est l'opinion majoritaire de notre Église sur cette question. Jusqu'ici, les réactions sont très positives et en faveur de la position adoptée dans le document. Mais tous n'ont pas encore donné leur avis.

**Le sénateur Corbin:** À mesure que vos fidèles réfléchissent de plus en plus aux diverses notions de l'euthanasie et du suicide assisté, voire même des soins palliatifs, constatez-vous une grande confusion, là-bas dans le monde réel; qu'il faut préciser ces diverses notions afin que les gens commencent à comprendre les enjeux?

**Mme Simmonds:** Absolument. Et pas seulement parmi les fidèles. Je dirais la même chose à propos du milieu de la santé. Les gens qui sont confrontés tous les jours à ces questions ont besoin de beaucoup d'éclaircissements.

[Text]

**Senator Corbin:** I was interested in the example you quoted about the nurse who thinks euthanasia is going on all the time. I had the same experience with a sister who lives in Boston. She works in a palliative care home. She told me exactly the same thing, that it is going on all the time. I pushed the question; I kept insisting that that is not euthanasia, that is good care.

**Ms Simmonds:** That is right. It is a double bind because if staff think that that is euthanasia, then they will not even give good palliative care. That is frightening, too. That only increases the public's fear that they will not get what they need when they are dying.

**Ms Evans:** There is also a lot of fear. There is fear for the people in our age group as to what kind of health care will be there in the next 20 years. Who will be giving the care when they are dying?

I have come across quite a few movements in congregations to establish teams around a member of the congregation who is dying at home, to ensure that there are adequate visits, and that the person is maintained as a loved and known member of the community. There is a stirring of feeling that our task as people of faith is to reach out and to provide care, more than to debate the point at which people should be assisted in dying.

**Senator Corbin:** I think the committee should know this: Do you have the impression that the public is being well informed by the media on the issues surrounding euthanasia? You hear this news item, you see something in the newspaper. I am sure when you see the word "euthanasia" you make a point to read it. What is your reaction to the stories being printed? Do you have the feeling that the public is being presented with a proper perspective of the issues?

**Ms Evans:** There was a very good series of articles in the *Toronto Star* last month.

**Senator Corbin:** We are aware of that.

**Ms Evans:** I think the articles were fair and just. They came up with a very carefully worded suggestion as to what the law might be if it were changed.

There is also some fairly sensational stuff. In general, the media have a tendency to think in terms of rights: the right to abortion or the right to die. I do not think the "right" language is that helpful. It does not get us to the depth of issues. It is more a question of responsibility to care for each other. That is often not adequately raised in the media.

**Senator Corbin:** People go straight away from rights and freedoms to what the law should do, and they are not so concerned about the fundamental, societal values, the ethical values.

**Ms Evans:** They do not look for the common good.

**Senator Corbin:** That is the glue which keeps society together.

[Traduction]

**Le sénateur Corbin:** J'ai été intéressé par votre exemple au sujet de l'infirmière qui pense que l'euthanasie est déjà une pratique courante. J'ai vécu la même expérience avec ma soeur qui vit à Boston. Elle travaille dans un établissement de soins palliatifs. Elle m'a dit exactement la même chose, que c'est une pratique très courante. J'ai voulu en savoir plus long, j'ai insisté sur le fait que ce n'est pas de l'euthanasie mais plutôt de bons soins.

**Mme Simmonds:** C'est exact. C'est doublement embêtant, parce que si le personnel pense qu'il s'agit d'euthanasie, alors il ne donnera même pas de bons soins palliatifs. C'est effrayant aussi. Cela ne fait qu'alimenter la crainte des gens de ne pas avoir ce dont ils ont besoin lorsque la mort approche.

**Mme Evans:** Il y a aussi une grande peur. On a peur en pensant au genre de soins de santé qui seront dispensés aux gens de notre âge d'ici vingt ans. Qui les soignera lorsqu'ils seront en train de mourir?

J'ai constaté à quelques reprises que les fidèles créent des équipes pour entourer l'un d'entre eux qui se meurt à la maison, afin de s'assurer qu'on le visite et qu'il reste un membre aimé et connu de la communauté. Nous avons nettement l'impression que notre tâche, en tant que croyants, est d'aller vers les autres et de donner des soins, plutôt que de discuter à quel moment il faudrait aider les gens à mourir.

**Le sénateur Corbin:** Je pense que le comité devrait le savoir: Avez-vous l'impression que le public est bien informé par les médias sur les questions qui entourent l'euthanasie? On entend ceci aux nouvelles et on lit cela dans les journaux. Je suis certain que quand vous voyez le mot «euthanasie», vous vous faites un devoir de lire l'article. Quelle est votre réaction face aux histoires racontées dans les journaux? Avez-vous l'impression qu'on présente les questions au public dans la bonne perspective?

**Mme Evans:** Il y a eu une très bonne série d'articles dans le *Toronto Star* le mois dernier.

**Le sénateur Corbin:** Nous sommes au courant.

**Mme Evans:** Je pense que ces articles étaient objectifs et justes. Ils ont présenté une suggestion très bien énoncée au sujet de ce que devrait être la loi si elle était changée.

Il y a aussi des histoires qui tombent dans le sensationnalisme. Règle générale, les médias ont tendance à voir la question en termes de droits: le droit à l'avortement ou le droit de mourir. Je ne pense pas que cette vision axée sur les droits soit très utile. Elle ne nous fait pas analyser profondément les questions. C'est davantage une question de responsabilité de prendre soin les uns des autres. Il arrive souvent qu'on n'insiste pas assez sur cet aspect dans les médias.

**Le sénateur Corbin:** Les gens passent directement des droits et des libertés à ce que la loi devrait faire, et ils ne se soucient pas assez de l'essentiel, des valeurs sociales, des valeurs morales.

**Mme Evans:** Ils ne recherchent pas le bien commun.

**Le sénateur Corbin:** C'est le ciment qui unit la société.



[Texte]

**Ms Evans:** People these days do not think enough about that.

**Ms Simmonds:** There is also confusion in the media, oftentimes, about the difference between allowed death and euthanasia.

**Senator Corbin:** The team approach to palliative care involves doctors, nurses, volunteers, pastoral care, psychologists. In a situation where the patient has just died and the family remains, what type of follow-up do you do for the mourners? I understand that is a part of total palliative care. It is care not just for the deceased person but for the family, friends, the children, the husband or wife remaining. Do you intervene at that moment? What can you do?

**Ms Simmonds:** As a chaplain in an active treatment hospital, yes, I might be there at the time the patient dies. I might have a little bit of follow-up. They might ask me to do the funeral. However, in terms of the ongoing follow-up, that is not possible given the constraints of my position. I work in the hospital as a chaplain. We do not have the resources. Chaplaincy is one area which does not have a lot of resources.

**Senator Corbin:** After the family leaves, you do not see them anymore?

**Ms Simmonds:** I was in England a couple of years ago at a hospice program. I do not know whether they are more developed than our palliative care units because it is a while since I worked in one in Toronto. This hospice had a very elaborate bereavement follow-up program. There is a tremendous need for that.

Interestingly enough, the churches have failed in that respect. Not everyone belongs to a church anymore. That used to be where much support came from in the community, but it no longer does. It is the funeral homes now that are picking up on the need with bereavement programs. There is indeed a great need there.

**Senator Corbin:** It is coincidental that you should say that, because we had someone from Montreal earlier who said exactly that. People are motionless; they are blinded; they freeze in the face of death. They have lost many of the values that have traditionally come down to them, and have permitted older generations to cope with the notion of death, the passing of a dear friend or whatever. People do not go to church as much now. Schools do not deal with this very much, if at all. People are totally disarmed. The notion then comes around that death and dying are a fact of life, but nothing else.

**Ms Evans:** I would like to interject a ray of hope here. I was at a training given precisely for palliative care workers as part of the United Church all-day training program for pastoral caregivers. In that training, palliative care workers who were looking after somebody who was dying at home were told how to develop friendships and relationships with the children and family so that, after the inevitable death, they can continue the

[Translation]

**Mme Evans:** Les gens l'oublient trop souvent de nos jours.

**Mme Simmonds:** Et il y a souvent de la confusion dans les médias quant à la différence entre la mort permise et l'euthanasie.

**Le sénateur Corbin:** L'approche multidisciplinaire face aux soins palliatifs fait participer les médecins, les infirmières, les bénévoles, les animateurs de pastorale, les psychologues. Lorsque le patient vient de mourir, quel type de suivi faites-vous auprès de la famille en deuil? Je crois comprendre que cela fait partie de soins palliatifs complets. Les soins ne s'adressent pas seulement à la personne décédée, mais aussi à la famille, aux amis, aux enfants, au mari ou à la femme. Intervenez-vous à ce moment? Que pouvez-vous faire?

**Mme Simmonds:** Puisque je suis à l'aumônerie d'un hôpital de traitement actif, oui je pourrais être au chevet du patient lorsqu'il meurt. Je peux parfois faire un peu de suivi. On peut me demander d'aller aux funérailles. Mais un suivi permanent n'est pas possible, à cause des contraintes de mon travail. Je travaille dans un hôpital, comme aumônière. Nous n'avons pas les ressources. L'aumônerie est un secteur qui n'a pas beaucoup de ressources.

**Le sénateur Corbin:** Lorsque la famille s'en va, vous ne la revoyez plus?

**Mme Simmonds:** J'ai participé il y a quelques années à un programme dans un centre d'accueil de l'Angleterre. Je ne sais pas si les soins sont plus développés là-bas que dans nos services de soins palliatifs, parce que je travaille à Toronto depuis un certain temps déjà. Cet établissement avait un programme de suivi très élaboré. Il y a un très grand besoin de programmes de ce genre.

Fait intéressant à souligner, les Églises n'ont pas été à la hauteur dans ce domaine. Les gens n'appartiennent plus tous à une Église comme autrefois. C'était là qu'on trouvait autrefois une grande partie du soutien de la communauté, mais ce n'est plus le cas. Ce sont les maisons funéraires qui répondent au besoin, grâce à des programmes de deuil. Il y a effectivement un très grand besoin à ce niveau.

**Le sénateur Corbin:** C'est étrange que vous disiez cela, parce qu'un témoin de Montréal nous a déclaré exactement la même chose. Les gens sont paralysés; ils sont aveuglés; ils figent face à la mort. Ils ont perdu un grand nombre des valeurs qui leur ont été transmises et qui avaient permis aux générations précédentes de faire face à la mort, au départ d'un ami cher, par exemple. Les gens ne vont plus aussi souvent à l'église maintenant. Les écoles n'en parlent pas beaucoup non plus, voire pas du tout. Les gens sont complètement désarmés. Ils savent que la mort est une réalité de la vie, mais pas plus.

**Mme Evans:** J'aimerais apporter une lueur d'espoir. J'ai suivi un cours donné précisément à l'intention de ceux qui dispensent des soins palliatifs, dans le cadre du programme de formation de l'Église unie à l'intention des animateurs de pastorale. Au cours de cette formation, on a expliqué à ceux qui s'occupent des personnes en train de mourir à la maison comment nouer des amitiés et des relations avec les enfants et la famille afin que,

[Text]

relationship and meet with them and care for them. There are new signs of what can be happening with trained palliative care workers. I know of several programs in community colleges in the Toronto area that are starting to do this.

**Senator Corbin:** Palliative care services are now filling the vacuum that used to be carried out by the various churches in dealing with the notion of death. I am not saying you are not still doing it.

**Ms Simmonds:** There are not enough of us.

**Senator Corbin:** A lot of that kind of support has disappeared.

**Ms Simmonds:** In talking about families and dealing with death, I am often involved with families as the death is approaching and then immediately following. When families are making decisions to go along with withdrawal of life support, for example, in an ICU, it is enormously difficult for them. This is where I think we need to do so much education. They often feel as if they are killing their family member by doing this. I see it as part of my role as a chaplain to help them realize they are not killing the person. They are letting that person die, and they are not prolonging their suffering.

Were we to legalize euthanasia, think of the complications to people's grief if they then had the knowledge that they had killed their loved one, even if their loved one had requested it. We do not know what the long term effects on people would be. It could be very disabling.

**Senator Keon:** In your closing remarks, you made an interesting statement. I got the impression that you are in contact with people who believe in euthanasia. You said something to the effect that this was an opinion of some people but by no means a majority. Were you referring to your congregation?

**Ms Simmonds:** I was referring to our task force which wrote this report, and that we were not in unanimous agreement on it. It was the majority opinion that assisted suicide or euthanasia should not be legalized, but that opinion was not held by 100 per cent of the members of that task force.

**Senator Keon:** You have people who feel it should be legalized?

**Ms Simmonds:** We have people who questioned it. Ms Evans can speak to this better than I.

**Ms Evans:** Interestingly enough, if you ever get the United Church *Observer*, there will be an article on this very subject in January. The writer has done more of a survey than we have. Certainly there are individuals — and I know of them — who would wish to have that option available for themselves. Whether or not they would use it for themselves, I do not know. However, they probably do not wish to have it for anyone that they love.

[Traduction]

après la mort inévitable, ils puissent poursuivre cette relation, rencontrer la famille et s'occuper d'elle. Il y a de nouveaux signes de ce qui pourrait se faire si les gens qui dispensent les soins palliatifs étaient bien formés. Je connais plusieurs programmes offerts par les collèges communautaires de la région de Toronto qui commencent à aller dans cette direction.

**Le sénateur Corbin:** Les services de soins palliatifs comblent actuellement le vide et remplissent la fonction assumée autrefois par les Églises face à la mort. Je ne prétends pas que vous ne le faites plus.

**Mme Simmonds:** Nous ne sommes pas assez nombreux.

**Le sénateur Corbin:** Une grande partie de ce genre de soutien a disparu.

**Mme Simmonds:** En ce qui concerne les familles et la réaction face à la mort, je rencontre souvent les familles lorsque la mort approche et immédiatement après. Lorsque les familles décident de faire débrancher des appareils de maintien en vie, aux soins intensifs par exemple, c'est extrêmement difficile pour elles. C'est à ce niveau-là que nous devons faire beaucoup plus de sensibilisation, à mon avis. Les gens ont souvent l'impression qu'ils tuent un membre de leur famille en agissant ainsi. Je considère que cela fait partie de mon rôle d'aumônier de les aider à se rendre compte qu'ils ne tuent pas. Ils laissent la personne mourir et ne prolongent pas sa souffrance.

Si nous légalisons l'euthanasie, songez à la douleur des gens s'ils pensaient avoir tué un être cher, même si cette personne a demandé à mourir. Nous ne connaissons pas les effets à long terme. Ce pourrait être très débilitant.

**Le sénateur Keon:** Dans votre conclusion, vous avez fait une déclaration intéressante. J'ai eu l'impression que vous êtes en contact avec des gens qui croient à l'euthanasie. Vous avez déclaré que c'était l'opinion de quelques personnes, mais certainement pas de la majorité. Faisiez-vous allusion aux membres de votre Église?

**Mme Simmonds:** Je parlais des membres de notre groupe de travail qui ont rédigé ce rapport et je disais que l'accord n'est pas unanime. La majorité estime que le suicide assisté et l'euthanasie ne devraient pas être légalisés, mais cette opinion n'est pas partagée par tous les membres de notre groupe de travail.

**Le sénateur Keon:** Certains croient qu'ils devraient être légalisés?

**Mme Simmonds:** Des gens ont des doutes. Mme Evans peut en parler mieux que moi.

**Mme Evans:** Fait intéressant, si vous lisez la revue *Observer* de l'Église unie, vous trouverez un article à ce sujet dans la livraison de janvier prochain. L'auteur a fait une enquête plus vaste que la nôtre. Il y a certainement des gens (et je les connais) qui aimeraient que ce choix leur soit offert. Je ne sais pas s'ils le voudraient pour eux-mêmes. Mais ils ne le souhaitent probablement pas pour les gens qu'ils aiment.



[Texte]

As a church, I am sure we would be all across the spectrum of the opinions that you have heard. Some people would be opposed in principle to any killing, and they would see it as an issue of the sanctity of life, a deep theological commitment to that principle. Others have a far higher value on individual choice or autonomy. Everyone I have talked to is deeply concerned as to whether that granting of the right to choose, if you can call it that in this instance, is possible in our society, but also the protection of all the people who could be abused if that possibility were available legally.

**Senator Keon:** You are not a palliative care group primarily, but you have a lot of experience in palliative care. It was of interest to me that most of the palliative care groups that testified felt strongly that there was no place for euthanasia or assisted suicide, that palliative care could provide the answers to society.

I get the distinct impression from listening to you that you have been in contact with people who felt that palliative care did not provide the complete spectrum. Is that correct, or am I wrong?

**Ms Simmonds:** It is not adequately available, but I think palliative care can provide what we need.

**Senator Keon:** In your experience, you have not encountered patients who did not want to have any further palliative care, who simply wanted to get it over with?

**Ms Simmonds:** I have not had the experience of having patients persist in saying, "I want to die." Over the years, I have had many patients say, "I want to die", and oftentimes when you explore that with them, when you have further conversation, there are underlying issues and things they need to talk about. Once they have started to talk about them, the "I want to die" seems to fade. It can be that they need better pain control, or they need to have treatment stopped. That is often the situation.

**The Chairman:** I should like to explore one of your earlier comments. We are familiar with your hospital. We had Mr. Rowand before us some months ago. You said that some of the doctors themselves feel that they are performing euthanasia if they give additional morphine or other analgesics. This is one of the problems we have heard about, and probably one of the reasons that people are concerned about their treatment, or possible treatment. Pain control is a very real problem with a lot of people.

I am a little astonished. The CMA has had in its own professional guidelines for some years the statement that administering morphine to alleviate the pain is permissible, even though it may hasten death. Where are these doctors coming from? It seems to me that if that is what they are worrying about, they are probably the ones who are not prescribing sufficient pain medication for their patients. This is part of the problem we are hearing about constantly.

[Translation]

En tant qu'Église, je suis certaine qu'on y trouve toute la gamme d'opinions que vous avez entendus. Certains s'opposeraient par principe à toute forme de meurtre et ils y verraient une question liée au caractère sacré de la vie, un engagement profond face à ce principe. D'autres accordent beaucoup plus de valeur au choix individuel ou à l'autonomie. Tous ceux à qui j'ai parlé se demandent vraiment s'il est possible dans notre société d'accorder ce droit de choisir, si on peut l'appeler ainsi, et ils s'inquiètent aussi de la protection de tous ces gens dont on pourrait abuser si cette possibilité était offerte légalement.

**Le sénateur Keon:** Vous n'êtes pas principalement un groupe de soins palliatifs, mais vous avez beaucoup d'expérience dans ce domaine. J'ai noté avec intérêt que la plupart des groupes de témoins qui s'occupent de soins palliatifs étaient fermement convaincus qu'il n'y avait pas de place pour l'euthanasie ni le suicide assisté, que des soins palliatifs pourraient fournir des réponses à la société.

J'ai nettement l'impression à vous entendre que vous avez été en contact avec des gens qui estiment que les soins palliatifs n'offrent pas une gamme de choix complète. Vrai ou faux?

**Mme Simmonds:** Ils ne sont pas offerts partout, mais je pense que les soins palliatifs peuvent nous donner ce dont nous avons besoin.

**Le sénateur Keon:** D'après votre expérience, vous n'avez pas rencontré de patients qui ne voulaient plus de soins palliatifs, qui voulaient simplement en finir?

**Mme Simmonds:** J'ai eu des patients qui persistaient à dire qu'ils voulaient mourir. Au fil des années, j'ai rencontré de nombreux patients qui affirmaient vouloir mourir, mais souvent quand on va plus loin, quand on en discute avec eux, on voit qu'il y a d'autres questions fondamentales dont ils veulent parler. Quand ils commencent à s'ouvrir, le désir de mourir semble s'estomper. Parfois, ils ont besoin qu'on soulage mieux leur douleur ou qu'on interrompe le traitement. C'est souvent le cas.

**La présidente:** J'aimerais revenir sur une de vos remarques. Nous connaissons votre hôpital. Nous avons entendu M. Rowand il y a quelques mois. Vous avez déclaré qu'il arrive même à certains médecins de croire qu'ils pratiquent l'euthanasie lorsqu'ils augmentent la dose de morphine ou d'autres analgésiques. C'est un des problèmes dont nous avons entendu parler et probablement l'une des raisons pour lesquelles les gens s'inquiètent des traitements qu'ils reçoivent ou pourraient recevoir. Le soulagement de la douleur est un problème très réel pour bien des gens.

Je suis un peu étonnée. Dans ses directives professionnelles, l'AMC stipule depuis quelques années déjà qu'il est permis d'administrer de la morphine pour soulager la douleur même si cela peut hâter la mort. Mais d'où sortent ces médecins? Il me semble que si c'est de cela qu'ils s'inquiètent, ils sont probablement ceux qui ne donnent pas des doses suffisantes d'analgésiques à leurs patients. Cela fait partie du problème, comme on ne cesse de nous le répéter.

[Text]

**Ms Simmonds:** Dr. Gordon spoke to you previously, and I do not know him or anything about him. He seemed to think every physician does palliative care. Every physician does not do good palliative care. Most physicians are not trained in good palliative care, and they have not taken the time to find out what good palliative care is all about because it has not been part of their training program.

As I said, they are taught in downtown teaching hospitals in big cities. They go through the main services, such as respiratory and cardiology. They are not learning on people who are dying. It is not fashionable to be working with people who are dying.

In my interviews with doctors, I have discovered that when someone is dying, they back off. It says that in the literature, and they say it in the interviews. They do not know how to approach. They do not know what to do. If you are not even spending the time to find out whether or not your patient is in pain, how can you control their pain? Palliative care is a whole expertise and philosophy of medicine that has not permeated general medicine. It really does need to do so.

**The Chairman:** Nurses have told me personally of terrible difficulties. We have testimony of nurses having terrible difficulties with doctors who refuse to prescribe what the nurses believe is a sufficient quantity of pain relief.

**Ms Simmonds:** Let me tell you a quick story about this patient I mentioned who died of cystic fibrosis two or three weeks ago. I was in at the hospital with her on the weekend. When I went home at eleven o'clock at night, she was getting six milligrams of morphine an hour, which is a very minimal dose. It had just been started. She was dying. When I came back the next morning, her family was suffering because they were watching her struggle to breathe. I do not think the patient was suffering because she was too comatose. In the middle of the night, the nurse had phoned the resident on call, who increased her morphine by 1 milligram, which is nothing. Of course the staff physician came in in the morning and increased it by ten milligrams immediately, which was appropriate.

However, the doctor who had been on call that night, as I mentioned, was a resident, and they are very cautious about giving narcotics. There is all this stuff about addiction which seems to lie very much just under the surface. It is insanity to worry about addiction when someone will die within 12 hours. Anybody in their right mind, even someone who is not medical, would ask, "Will one milligram really make that much difference?"

May I say one more thing? From a theological perspective, picking up on what the last gentleman was saying, we really need to let people know that they are of worth. Our society places so much value on us because of what we can achieve and what we can accomplish. I believe that when people are dying, or when people have gross disabilities and cannot contribute to society, it is

[Traduction]

**Mme Simmonds:** Vous avez déjà entendu le docteur Gordon. Je ne le connais pas et je ne sais rien de lui. Il semblait penser que tous les médecins dispensent des soins palliatifs. Mais tous les médecins ne donnent pas de bons soins palliatifs. La plupart des médecins ne sont pas formés pour le faire et ils n'ont pas pris le temps de se renseigner pour savoir en quoi consistent de bons soins palliatifs, parce que cela ne fait pas partie de leur programme de formation.

Comme je l'ai déjà dit, ils étudient dans des hôpitaux universitaires des grandes villes. Ils passent dans les principaux services, comme la pneumologie et la cardiologie. Ils n'apprennent rien sur les gens qui meurent. Ce n'est pas à la mode de travailler avec les mourants.

Dans mes entrevues auprès des médecins, j'ai découvert que face à quelqu'un qui se meurt, ils se dérobent. On le dit dans les études et ils le disent dans les entrevues. Ils ne savent pas comment réagir. Ils ne savent pas quoi faire. Si vous ne prenez même pas le temps de savoir si votre patient a du mal, comment pouvez-vous soulager sa douleur? Les soins palliatifs sont tout un domaine et toute une philosophie de la médecine qui n'ont pas encore été intégrés à la médecine générale. Il faudrait pourtant qu'ils le fassent.

**La présidente:** Des infirmières m'ont raconté personnellement les énormes difficultés auxquelles elles sont confrontées. Nous avons entendu des témoignages d'infirmières qui ont beaucoup de difficultés avec des médecins refusant de prescrire ce qu'elles croient être des doses suffisantes d'analgésiques.

**Mme Simmonds:** Je vais vous raconter brièvement l'histoire de cette patiente dont j'ai déjà parlé un peu et qui est décédée de fibrose kystique il y a deux ou trois semaines. Je suis allée la voir à l'hôpital en fin de semaine. Quand je suis rentrée à la maison à 11 heures du soir, elle recevait six milligrammes de morphine à l'heure, ce qui est une très faible dose. Cela venait de commencer. Elle agonisait. Quand je suis revenue le lendemain matin, sa famille souffrait parce qu'elle la voyait avoir du mal à respirer. Je ne pense pas que la patiente souffrait parce qu'elle était trop comateuse. Au milieu de la nuit, l'infirmière avait téléphoné au médecin résident de garde, qui a augmenté la dose de 1 milligramme, ce qui n'est rien du tout. Bien sûr, le lendemain matin, le médecin traitant a accru immédiatement la dose de 10 milligrammes, ce qui était indiqué.

Mais le médecin de garde cette nuit-là était un résident, comme je l'ai indiqué, et les résidents hésitent beaucoup à donner des narcotiques. Il y a toutes ces idées à propos de la dépendance qu'on semble trouver dès qu'on gratte un peu la surface. C'est insensé de s'inquiéter de la dépendance lorsque le patient mourra dans la journée. Toute personne un peu sensée, même quelqu'un qui ne connaît rien à la médecine se demandera si un milligramme fait vraiment une différence.

Puis-je ajouter un dernier commentaire? Du point de vue théologique, pour continuer dans la foulée du témoin précédent, nous devons vraiment faire savoir aux gens qu'ils ont de la valeur. Notre société mesure tellement notre valeur en fonction de ce que nous pouvons réaliser et de ce que nous pouvons accomplir. Je crois que lorsque des gens sont en train de mourir ou que des



[Texte]

that community of caring that really embodies or shows them God's love.

I believe that palliative care is so successful because it is my experience that often the grace or love that flows through us from God is passed on to people. People, even in their dying, when they are unable to contribute, when they feel they are a nuisance, recognize that they are loved and they have worth simply because they are. For me, that has deep theological roots. We are created by God, and we are loved by God, and we have value because of that.

**The Chairman:** Thank you.

I apologize for keeping you waiting this long, Mr. Chipeur. The nature of our study is such that it takes a lot of exploration and talk with the various witnesses. We are pleased to have you with us now. Please proceed.

**Mr. Gerald D. Chipeur, Milner Fenerty:** Good evening, Madame Chairman and members of the committee. I practise law with Milner Fenerty. My practice includes constitutional law, human rights and the health law areas. This evening, all of those areas come to bear on the discussion of assisted suicide and euthanasia.

As a lawyer, I should like to begin by expressing my agreement with the decision of our Supreme Court in the *Rodriguez* case. The Supreme Court of Canada said that the courts were not the right place to be making very important social policy decisions such as Parliament is making as you address these issues. Instead, the chambers of Parliament and members of this committee are the appropriate body to deal with these important social policy issues. It is important that this committee and Parliament bear this responsibility in mind as they carefully address the question of enacting laws which will provide the maximum life, liberty and security of the person to Canadian citizens.

An article which I wrote for the *National Journal of Constitutional Law* on this subject reviewing the *Rodriguez* decision was titled, "Where Judges Fear to Tread". You, the members of this committee, have not feared to tread into this important public policy debate, and for that I commend you.

Let me begin by giving you a personal position. While I am personally opposed to euthanasia and assisted suicide, I am also a libertarian and believe that government should allow maximum individual choice wherever possible within society. However, the current law should not be changed unless adequate and carefully tailored safeguards are put in place. Furthermore — and this is the most important part of my submission to you this evening — most of the current suggestions for reform would be worse than no reform at all. In particular, I am gravely concerned about the concept of putting in place criteria related to pain and suffering or the terminal nature of illness when legislating in this area.

[Translation]

personnes ont de gros handicaps et ne peuvent contribuer à la société, c'est cette communauté attentionnée qui incarne ou leur montre vraiment l'amour de Dieu.

Je crois que les soins palliatifs ont beaucoup de succès parce que, d'après mon expérience, la grâce ou l'amour que Dieu nous donne se transmet aux autres. Même lorsqu'ils sont à l'article de la mort, même lorsqu'ils ne peuvent plus contribuer, lorsqu'ils ont l'impression d'être un poids, les gens reconnaissent qu'ils sont aimés et qu'ils ont de la valeur à cause simplement de ce qu'ils sont. Pour moi, cela a des racines théologiques profondes. Dieu nous créés et il nous aime et nous avons de la valeur à cause de cela.

**La présidente:** Merci.

Je suis désolée de vous avoir fait attendre aussi longtemps, monsieur Chipeur. La nature de notre étude exige que nous discussions à fond avec les divers témoins. Nous sommes heureux de vous accueillir parmi nous. Veuillez procéder.

**M. Gerald D. Chipeur, Milner Feherty:** Bonsoir, madame la présidente et chers membres du comité. Je suis avocat chez Milner Feherty. Je m'occupe de droit constitutionnel, des droits de la personne et du droit de la santé. Ce soir, tous ces domaines ont un rapport avec le débat sur le suicide assisté et l'euthanasie.

En tant qu'avocat, j'aimerais d'abord exprimer mon accord avec la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Rodriguez*. La Cour suprême du Canada a statué que les tribunaux n'étaient pas le bon endroit pour prendre des décisions de politique sociale très importantes comme celles que doit prendre le Parlement dans le cas qui nous intéresse. Ce sont les chambres du Parlement et les membres de votre comité qui doivent faire face à ces questions de politique sociale très importantes. Il est important que votre comité et le Parlement se souviennent de cette responsabilité dans leur étude attentive des lois qui assurent une vie, une liberté et une sécurité maximales aux citoyens canadiens.

Un article que j'ai rédigé pour le *National Journal of Constitutional Law* sur cette question et afin d'analyser l'arrêt *Rodriguez* s'intitulait: *When Judges Fear to Tread*. Vous, les membres de ce comité, n'avez pas craint de vous engager dans cet important débat de politique publique et je vous en félicite.

Je vous donnerai d'abord mon opinion personnelle. Même si je m'oppose personnellement à l'euthanasie et au suicide assisté, je suis également libertaire et je crois que le gouvernement devrait permettre le choix individuel maximum, chaque fois que c'est possible dans la société. Mais le droit actuel ne devrait pas être modifié tant que des mesures de précaution suffisantes et bien conçues n'auront pas été mises en place. De plus (et c'est l'aspect le plus important de mon témoignage ce soir) la plupart des suggestions actuelles de réforme seraient pire qu'aucune réforme. Je suis particulièrement très préoccupé par l'idée d'établir des critères relatifs à la douleur et à la souffrance ou à la nature terminale d'une maladie si vous légiférez dans ce domaine.

## [Text]

Very briefly, if legislative change is made to allow assisted suicide, the following conditions — and these conditions only — must be put in place by legislators:

First, the individual must be of the age of majority.

Second, the individual must be of sound mind.

Third, the individual must be able to provide, and in fact provide, a fully informed consent. That consent must be provided through the free choice of that individual, uninfluenced by other factors or other individuals.

Fourth, the existence of the first three conditions must be determined by an independent tribunal, for example, a judge of a court of superior jurisdiction, after a full and public hearing in which the individuals involved are required to participate and testify.

I strongly oppose the imposition of any other conditions on the exercise of choice to have assistance with one's suicide. I base this opposition on the following considerations:

First, if a set of criteria relating to such considerations as pain and suffering and the terminal nature of illness are included within the law, then there may develop an expectation within society, or within certain segments of society, that the existence of those conditions should lead an individual to choose suicide.

Second, the existence of such conditions within the law could be used by some to apply subtle pressure on the individual through such methods as merely highlighting those portions of the law that would apply to the individual.

Third, there is the medical futility argument. We never know for sure whether a particular medical condition does exist. We can diagnose, but we are not always 100 per cent sure of our diagnosis.

Fourth, the presence of such conditions in the law would imply that society condones a decision to commit suicide in circumstances where such conditions exist.

Fifth, patient or individual choice is the only sound philosophical basis for allowing assisted suicide in a free and democratic society.

Finally, the presence of other conditions within the law may confuse the public and judges with respect to the real basis for Parliament's action to allow assisted suicide. If the purpose of the change to the current law is based on respect for individual choice, Parliament cannot go very far wrong. However, if Parliament attempts to legislate in this area for the purposes of relieving suffering or some other beneficial purpose, Parliament will have started down a slippery slope from which there is no return.

Unfortunately, there is a real danger that, in the future, collectivists would argue that if society is allowing individuals to choose assisted suicide for the purpose of relieving pain and suffering, then society has the right to impose assisted suicide on individuals where it would be of benefit to the individual, and potentially of financial or other benefit to society. It would be much more difficult to argue against this position if society has

## [Traduction]

Très brièvement, si la loi est modifiée pour permettre le suicide assisté, les conditions suivantes (et uniquement ces conditions) devraient être imposées par le législateur:

Premièrement, la personne en cause doit être adulte.

Deuxièmement, la personne doit être saine d'esprit.

Troisièmement, la personne doit être en mesure de donner et doit donner un consentement pleinement éclairé. Ce consentement doit être donné librement et ne pas être influencé par d'autres facteurs ni d'autres personnes.

Quatrièmement, l'observation des trois premières conditions doit être déterminée par un tribunal indépendant, par exemple, un juge d'une instance supérieure, après une audience publique complète à laquelle toutes les personnes visées doivent participer et témoigner.

Je m'oppose fortement à l'imposition d'autres conditions concernant le choix de se faire aider pour se suicider. Je fonde cette opposition sur les facteurs suivants:

Premièrement, si une série de critères relatifs à des aspects comme la douleur et la souffrance et la nature terminale d'une maladie sont stipulés par la loi, la société ou certains milieux de la société pourraient en venir à s'attendre que l'existence de ces conditions pousse une personne à choisir de se suicider.

Deuxièmement, stipuler ces conditions dans la loi pourrait inciter certaines personnes à exercer des pressions subtiles sur quelqu'un, notamment en faisant ressortir uniquement les aspects de la loi qui s'appliquent à l'intéressé.

Troisièmement, l'argument médical est futile. Nous ne savons jamais avec certitude si un état médical en particulier existe vraiment. Nous pouvons diagnostiquer, mais nous ne sommes jamais tout à fait certains de notre diagnostic.

Quatrièmement, stipuler ces conditions dans la loi impliquerait que la société approuve la décision de se suicider lorsque ces conditions existent.

Cinquièmement, le choix du patient ou de l'individu est le seul fondement philosophique solide permettant le suicide assisté dans une société libre et démocratique.

Enfin, stipuler d'autres conditions dans la loi pourrait semer la confusion dans l'esprit du public et des juges quant à la justification réelle des mesures prises par le Parlement pour permettre le suicide assisté. Si l'objet des changements apportés à la loi actuelle se fonde sur le respect du choix individuel, le Parlement ne peut pas beaucoup se tromper. Mais si le Parlement tente de légiférer dans ce domaine afin de soulager la souffrance ou d'avoir d'autres effets bénéfiques, il se sera engagé sur une pente glissante, sans retour.

Malheureusement, il y a un vrai danger que les collectivistes soutiennent à l'avenir que, si la société permet aux individus de choisir le suicide assisté afin de soulager la douleur et la souffrance, alors la société a le droit d'imposer le suicide assisté aux individus lorsque se serait avantageux pour l'individu et peut-être avantageux financièrement ou autrement pour la société. Il serait beaucoup plus difficile de trouver des arguments contre



[Texte]

already accepted that pain and suffering justifies assisted suicide on its own.

As you consider this issue, there are three issues which you will want to keep in mind: first, the slippery slope argument that has been referenced already; second, the continuing problem of medical fallibility; and third, patient and physician trust. I submit that the proposals outlined in my submission address each of these issues satisfactorily if a change in the law is desired.

One final comment that I would like to make for the committee is a reference to a statement by Dr. Samuel Klagsbrun, presented in the newsletter of the *American Society of Law and Medicine*. He is, by the way, supportive of physician-assisted suicide. However, he takes the position that even where society does allow assisted suicide, it should not be allowed in cases where there is clinical depression. It would be my suggestion that a case of clinical depression would not pass the test that I set out earlier. Let me read what he has said:

Repeatedly battered individuals, profoundly assaulted by life, who present themselves as hopelessly emotionally crippled, frequently elicit a sympathetic response which opens the door to assisted suicide. I feel strongly that loving care is the responsible answer. The awesome resiliency of human beings, given proper treatment, is an every continuing source of surprise and inspiration. Physician-assisted suicide for severe depression — NO!

Those are my submissions this evening, and I would be happy to entertain any questions.

**Senator Beaudoin:** I thank you for your appearance. We have heard a few witnesses who are experts in the field of law and the Constitution, but not that many, so I listened to your remarks with interest.

My first question has to do with the tribunal aspects of your comments. I have nothing against any of the conditions which you propose, but I would like to know more about the appearance before a superior court. I do not know if it is practical in practice. It takes a long time to reach the tribunals or the courts of justice. If a person who would like to have assisted suicide or euthanasia is under the obligation to go before a superior court, how will we handle the question of delay in the courts? I do not say it is impossible. It is possible. However, is there another way to do it?

**Mr. Chipeur:** I am not suggesting that the superior courts are the only alternative, as long as it is a public tribunal that exercises jurisdiction in the same way that a judge of the superior courts would. I am not convinced that there would be that many applications. I am also not convinced that they would clog up the system. However, if they would, then it may be necessary to put a tribunal in place. That question could be answered after we see what kind of a response there was to this kind of legislation.

[Translation]

cette position si la société a déjà accepté que la douleur et la souffrance justifient le suicide assisté.

Dans votre étude de la question, vous devrez garder trois aspects en tête: premièrement, l'argument de la pente glissante auquel j'ai déjà fait allusion; deuxièmement, le problème continu de la faillibilité médicale; et troisièmement, la confiance entre le patient et le médecin. Je suis d'avis que les propositions énoncées dans mon mémoire tiennent bien compte de ces aspects si un changement à la loi est souhaité.

En terminant, j'aimerais signaler au comité une déclaration du docteur Samuel Klagsbrun, présentée dans le bulletin de l'*American Society of Law and Medicine*. En passant, ce médecin est en faveur du suicide assisté par un médecin. Mais il estime que, même lorsque la société permet le suicide assisté, elle ne devrait pas le faire en cas de dépression clinique. J'estime que la dépression clinique empêcherait de satisfaire les exigences que j'ai énoncées il y a un instant. Permettez-moi de vous lire ce qu'il a écrit:

Les personnes qui sont battues de façon répétée, qui ont été profondément marquées par la vie, qui paraissent brisées émotivement pour toujours suscitent souvent une réaction de sympathie qui ouvre la porte au suicide assisté. Je suis fermement convaincu que des soins attentionnés sont la réponse responsable. La résistance phénoménale de l'être humain, si on lui dispense les bons traitements, est une source constante d'étonnement et d'inspiration. Le suicide assisté en cas de dépression grave — NON!

Voilà ce que j'avais à vous dire ce soir et je serai heureux de répondre à vos questions.

**Le sénateur Beaudoin:** Merci de votre témoignage. Nous avons entendu quelques témoins qui sont experts en droit et en droit constitutionnel, mais ils n'étaient pas nombreux, alors je vous ai écouté avec intérêt.

Ma première question porte sur le rôle que vous attribuez au tribunaux. Je n'ai rien contre aucune des exigences que vous proposez, mais j'aimerais avoir des précisions sur le recours à une instance supérieure. Je ne sais pas si c'est faisable dans la pratique. Il faut beaucoup de temps pour être entendus par les tribunaux ou les cours de justice. Si une personne qui veut un suicide assisté ou une euthanasie doit s'adresser à une instance supérieure, comment réglerons-nous la question des délais judiciaires? Je ne dis pas que c'est impossible. C'est possible. Mais y a-t-il une autre solution?

**M. Chipeur:** Je ne prétends pas que les instances supérieures sont la seule solution, tant qu'il s'agit d'un tribunal public qui exerce des compétences comme le ferait un juge des instances supérieures. Je ne suis pas convaincu qu'il y aurait tant de demandes que cela. Je ne suis pas convaincu non plus qu'elles paralyseraient le système. Mais si elles le faisaient, il faudrait créer un nouveau tribunal. On pourrait répondre à la question après s'être donné le temps de voir la réaction que susciterait ce type de législation.

[Text]

The main concern that leads me to suggest we must have a public hearing beforehand is the actual experience in those nations where it is tolerated. In most nations, including the Netherlands, it is still illegal to assist someone with suicide. What has happened is that courts in those countries have not enforced the law, and have carved out judicial exceptions, something which our Supreme Court refused to do. That, then, led to a situation where physicians acted as judges, and acted without any public scrutiny to take the life of an individual, supposedly at their request. Society has no way of knowing whether, in fact, that individual did request that assistance. Society must demand prior consent and prior public recognition that that consent was given.

The tribunal process is the best way to do that. I do not know of any other way. Will it make it difficult? Yes. Should it be difficult? I believe it should be difficult. I believe it should require someone to say, "Yes, life is so valuable that I am willing to go through the process of recognizing that value. On the other hand, there are conditions in my life which have led me to, on balance, decide to take my life." Society then has said, "Yes, life is valuable. We will make you go through this exercise, but because, in your case, you are exercising that supreme choice to take your life, we will give life even more meaning for you by allowing you to exercise that choice." I do not disagree with the fact that this will be a cumbersome process; intentionally so.

**Senator Beaudoin:** You are the first one to advocate such a recourse to the courts of justice in the case of euthanasia and assisted suicide. I agree with you that it is so important that if we ever legalize this practice in this country, we should probably follow your suggestion.

**Mr. Chipeur:** Right now, if someone does this, they come before a court because they are charged with assisted suicide. It is not as though it is a new idea. Right now we put them in the court, but only afterwards. There is a much stronger consequence for them than this process.

**Senator Beaudoin:** I like the idea of an independent permission. In other words, people will not go before the courts for something that is not important. In that sense, I agree.

My second question is about the role of Parliament. In the *Rodriguez* case, the Supreme Court clearly said that it is up to the Parliament of Canada to take its own responsibility. I must say that I do not like the system in Holland in that area, because the courts are replacing Parliament. Each time a judge has to rule on a question of assisted suicide or euthanasia, the doctor or the person who is involved must prove medical necessity. Apparently they succeed rather easily. In some cases, there was no consent. Therefore, if assisted suicide and euthanasia are to be legalized, the Criminal Code must be amended, and Parliament should dictate the manner in which it should be done. It should not be left to the courts to decide. Would you respect the principle of parliamentary supremacy?

**Mr. Chipeur:** Parliament is supreme. However, Parliament did pass the Charter. If the Charter was interpreted by our courts

[Traduction]

La principale préoccupation qui me pousse à proposer une audience publique préalable découle de l'expérience vécue dans les pays où le suicide assisté est toléré. Dans la plupart des pays, y compris aux Pays-Bas, il est encore illégal d'aider quelqu'un à se suicider. Mais les tribunaux de ces pays n'ont jamais appliqué la loi et ont prévu des exceptions judiciaires, ce qu'a refusé de faire notre Cour suprême. Cette situation a poussé à son tour les médecins à agir comme des juges et à intervenir sans examen public pour enlever la vie à quelqu'un, supposément à la demande de l'intéressé. La société n'a aucun moyen de savoir si la personne a effectivement demandé de l'aide. La société doit demander le consentement préalable et une reconnaissance publique préalable que ce consentement a été donné.

Le processus judiciaire est la meilleure façon d'y parvenir. Je ne connais pas d'autre moyen. Rendra-t-il le suicide assisté plus difficile à obtenir? Oui. Devrait-il le faire? Je pense que oui. Je crois qu'il devrait obliger à se dire: «Oui, la vie est tellement précieuse que je suis prêt à faire toutes les démarches pour reconnaître cette valeur. Par contre, après avoir tout pesé, ma situation me pousse à décider de m'enlever la vie.» La société dit ensuite: «Oui, la vie est précieuse. Nous vous ferons franchir toutes ces étapes, mais parce que, dans votre cas, vous exercez le choix suprême de vous enlever la vie, nous donnerons encore plus de sens à la vie en vous permettant d'exercer ce choix.» Je ne nie pas que le processus sera lourd, mais c'est à dessein.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous êtes le premier à préconiser un tel recours aux cours de justice pour l'euthanasie et le suicide assisté. Je conviens avec vous que la question est si importante que, si nous légalisons cette pratique au pays, nous devrions probablement suivre votre suggestion.

**M. Chipeur:** À l'heure actuelle, si une personne agit ainsi, elle est traînée devant les tribunaux parce qu'elle est accusée de suicide assisté. Ce n'est pas une idée nouvelle. Actuellement, nous avons recours aux tribunaux, mais après coup. La conséquence est beaucoup plus grave que dans le processus que je propose.

**Le sénateur Beaudoin:** J'aime l'idée d'une permission indépendante. Autrement dit, les gens ne vont pas devant les tribunaux pour quelque chose qui n'est pas important. Dans ce sens, je suis d'accord.

Ma deuxième question se rapporte au rôle du Parlement. Dans l'arrêt *Rodriguez*, la Cour suprême a clairement indiqué qu'il incombe au Parlement du Canada d'assumer ses responsabilités. Je dois avouer que je n'aime pas trop le régime hollandais à cet égard, parce que les tribunaux remplacent le Parlement. Chaque fois qu'un juge doit trancher dans une cause de suicide assisté ou d'euthanasie, le médecin ou l'intéressé doit prouver la nécessité médicale. Apparemment, ils y parviennent assez facilement. Dans certains cas, il n'y a pas eu de consentement. Par conséquent, si le suicide assisté et l'euthanasie sont légalisés, le Code criminel doit être modifié et le Parlement devrait dicter de quelle façon cela doit se faire. Il ne faudrait pas laisser les tribunaux décider. Respectez-vous ce principe de la suprématie parlementaire?

**M. Chipeur:** Le Parlement est l'autorité suprême. Mais il a adopté la Charte des droits et libertés. Si la Charte était interprétée



[Texte]

and as passed by Parliament, and did specifically speak to this issue, then we would have to respect that decision.

Parliament was right in determining that the Charter does not speak to this issue so as to foreclose the ability of Parliament to make criminal assisted suicide. That is what our Supreme Court has decided. The Charter allows Parliament to completely prohibit assisted suicide. That does not mean that that is the right decision; it just means that Parliament has that range of choice. I agree that Parliament should have that range of choice. However, if Parliament, having that range of choice, decides to allow this practice, then we need to discuss under what conditions Parliament would allow it.

Obviously, many of your other witnesses have talked about the initial issue of whether or not euthanasia or assisted suicide should be legalized. My main submission is that, if you allow it, it is very important that it not be actuated for any purpose other than individual choice, and that you must have public review of the decisions prior to the assisted suicide.

**Senator Beaudoin:** In the Sue Rodriguez case, the majority is very slim; only one voice. However, the majority is ruling even if it is five to four. With a slim majority like that it may change in a few years. If we follow the history of abortion in the United States, the majority fluctuates from year to year, to a certain extent.

In my opinion, it is proper that Parliament be involved in the four questions before us: euthanasia, assisted suicide, withdrawal of instruments, double effect and other theories. In that sense, the courts will apply what has been decided by Parliament. The Supreme Court has already stated that Parliament may legislate in that field with the presence of the Charter and the Constitution.

**Mr. Chipeur:** The reason is not parliamentary supremacy per se, but that Parliament is suited for this task of determining the criteria. It is a legislative task, as opposed to a judicial task that is before us. The Supreme Court of Canada has stated it will not be a legislator. There is a line, and it will not be crossed.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you very much for your brief. You make recommendations or safeguards for allowing assisted suicide. Does that mean you would open the field only to assisted suicide or to euthanasia?

**Mr. Chipeur:** Only assisted suicide is justifiable under the principle of individual choice. Euthanasia involves no choice by the individual who is being killed. That is mercy killing. That is what euthanasia is, in my view.

**Senator Lavoie-Roux:** I am not pleading for euthanasia. If the individual desiring euthanasia had to go through the same conditions as you have laid out here, then he would also have to give his consent and be competent, et cetera. For you, it is only assisted suicide that is acceptable?

[Translation]

par nos tribunaux telle qu'elle a été adoptée par le Parlement et contenait des dispositions expresses sur cette question, nous devrions respecter cette décision.

Le Parlement a eu raison de déterminer que la Charte ne traite pas de cette question de manière à empêcher de considérer le suicide assisté comme un acte criminel. Ainsi en a décidé la Cour suprême. La Charte permet au Parlement d'interdire complètement le suicide assisté. Cela ne veut pas dire que ce soit la bonne décision; simplement que le Parlement a plusieurs choix. Mais si le Parlement, qui peut exercer ces choix, décide de permettre cette pratique, alors nous devons discuter à quelles conditions il le permettra.

De toute évidence, un grand nombre de vos témoins ont parlé de la première question à se poser, soit si l'euthanasie et le suicide assisté devraient être légalisés. Mon principal argument est que, si vous le permettez, il est très important de ne pas le faire pour d'autres buts que le choix individuel et que les décisions qui se prennent avant le suicide assisté doivent faire l'objet d'un examen public.

**Le sénateur Beaudoin:** Dans l'arrêt *Rodriguez*, la majorité est très mince; une voix seulement. Mais la majorité l'emporte, même si c'est à cinq contre quatre. Une majorité aussi mince pourrait changer en quelques années. Si nous suivons l'évolution de l'avortement aux États-Unis, la majorité fluctue d'une année à l'autre, jusqu'à un certain point.

À mon avis, il est justifié que le Parlement s'intéresse aux quatre questions que nous étudions ici: l'euthanasie, le suicide assisté, l'interruption d'un traitement, le double effet et d'autres théories. En ce sens, les tribunaux appliqueront ce qui aura été décidé par le Parlement. La Cour suprême a déjà statué que le Parlement peut légiférer dans ce domaine, malgré l'existence de la Charte des droits et de la Constitution.

**M. Chipeur:** La raison n'est pas la suprématie parlementaire en soi, mais le fait que le Parlement est habilité à accomplir cette tâche qui consiste à déterminer les critères. Nous avons devant nous une tâche législative, plutôt qu'une tâche judiciaire. La Cour suprême a statué qu'elle ne jouera pas le rôle du législateur. C'est une frontière qu'elle ne veut pas franchir.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Merci beaucoup pour votre mémoire. Vous faites des recommandations concernant les précautions à prendre avant de permettre le suicide assisté. Faut-il en conclure que vous n'ouvrez la porte qu'au suicide assisté ou permettriez-vous aussi l'euthanasie?

**M. Chipeur:** Seul le suicide assisté peut être justifié par le principe du choix individuel. L'euthanasie ne comporte aucun choix pour la personne qui est tuée. C'est un meurtre par compassion. Voilà en quoi consiste l'euthanasie, selon moi.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je ne plaide pas en faveur de l'euthanasie. Si la personne qui souhaite l'euthanasie doit répondre aux exigences que vous avez énoncées, elle devrait elle aussi donner son consentement, être saine d'esprit, et cetera. Pour vous, seul le suicide assisté est acceptable?

[Text]

**Mr. Chipeur:** It is a question of definition. If someone is involved in the decision, as long as their mind is there to make the decision for death, I call that assisted suicide, even if they do not act with their own hand.

Now, if they do not act at all, and you consider that to be euthanasia, and it is only if they act as part of the deed that it becomes assisted suicide, then I would say that both euthanasia and assisted suicide would fit under these conditions as long as the individual is competent and meets all those criteria.

It is a question of semantics as to what is euthanasia and what is assisted suicide. Any time an individual exercises a free choice to take his or her own life, even if they do not do it, I consider that suicide.

**Senator Lavoie-Roux:** If ever there was legalization of assisted suicide, I like the idea of consulting an external board. I would rather that the decision be taken in public than inside, by hospital committees.

If you recall the situation that occurred with the famous therapeutic committee, if that was their title, concerning abortion, almost everything went into that, sometimes rightly and sometimes wrongly. That sort of thing is very important to me that it is better if it is done in public.

**Mr. Chipeur:** This is not as in the abortion committees where the actual physicians making the decision had to exercise some discretion. There is no discretion here, except for the decision-making body to determine that this person is, in fact, competent to make that decision. However, they are not saying that in this case, for example, as in the case of abortion, that it was in order because of their mental state or physical state. There is an important, qualitative difference. That route is not an option because that will lead to the slippery slope.

**Senator Lavoie-Roux:** In your brief you state your opposition to euthanasia and assisted suicide. What are your reasons for opposing euthanasia? Is it because it is too difficult to circumscribe or define?

**Mr. Chipeur:** It is a personal choice. It is a moral, personal decision for me. I do not believe that my personal morality should govern anyone else. Further, I do not believe that Parliament should make its decision on the basis of a religious or moral ground. It should be made on other grounds. Therefore, I would never state that that option should not be exercised. I would never impose my morality on someone else.

**Senator Beaudoin:** As a lawyer, you accept the possibility of the creation of a statute that would be quite general?

**Mr. Chipeur:** I do. I do not want my morality to be the judge for anyone else. Everyone must make their own moral decision.

**Senator Lavoie-Roux:** On the second page of your brief you state that conditions such as termination of life or suffering are conditions that interfere with judgment. On the other hand, could someone ask to have assisted suicide even if they are not sick? Could they ask for it and obtain it?

**Mr. Chipeur:** Yes.

[Traduction]

**M. Chipeur:** C'est une question de définition. Si la personne participe à cette décision, tant qu'elle est en mesure de décider de sa mort, j'appelle cela un suicide assisté, même si elle ne commet pas l'acte elle-même.

Mais si elle n'agit pas du tout et que vous appelez cela l'euthanasie, et qu'il faut participer à l'acte pour pouvoir parler de suicide assisté, alors je dirais que l'euthanasie et le suicide assisté répondraient à ces exigences, dans la mesure où la personne est apte à décider et répond à toutes ces exigences.

C'est une question de sémantique, de définition de ce que sont l'euthanasie et le suicide assisté. Chaque fois qu'une personne choisit librement de s'enlever la vie, même si elle ne le fait pas, je considère que c'est un suicide.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Si jamais le suicide assisté était légalisé, j'aime l'idée de consulter un comité externe. Je préférerais que la décision se prenne au grand jour plutôt que de l'intérieur, par des comités hospitaliers.

Rappelez-vous les fameux comités thérapeutiques, si c'est ainsi qu'on les appelait, concernant l'avortement. On y envoyait presque tout, parfois à juste titre, parfois à tort. Ce genre de décision est très important pour moi et il vaut mieux la prendre publiquement.

**M. Chipeur:** Ce n'est pas comme les comités thérapeutiques, où le médecin qui prenait la décision devait exercer un certain pouvoir discrétionnaire. Il n'y a pas de pouvoir discrétionnaire dans ce cas-ci, sauf que l'organisme de décision détermine si la personne est effectivement apte à décider. Mais il ne dit pas dans ce cas-ci, comme ce l'était pour l'avortement, que c'est justifié à cause de l'état mental ou physique. Il y a une différence qualitative importante. Cette voie n'est pas une option parce qu'elle nous entraînera sur la pente glissante.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Dans votre mémoire, vous exprimez votre opposition à l'euthanasie et au suicide assisté. Quelles raisons vous poussent à vous opposer à l'euthanasie? Parce que c'est trop difficile à cerner ou à définir?

**M. Chipeur:** C'est un choix personnel. C'est une décision morale, personnelle pour moi. Je ne crois pas que ma moralité devrait être imposée aux autres. De plus, je ne crois pas que le Parlement devrait fonder sa décision sur des motifs religieux ou moraux. Les motifs devraient être autres. Par conséquent, je n'affirmerais jamais que ce choix ne devrait pas être exercé. Je n'imposerais jamais ma morale aux autres.

**Le sénateur Beaudoin:** En tant qu'avocat, vous acceptez la possibilité d'adopter une loi qui serait assez générale?

**M. Chipeur:** Oui. Je ne veux pas que ma moralité soit le juge pour les autres. Chacun doit prendre sa propre décision morale.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** À la deuxième page de votre mémoire, vous déclarez que des états comme la fin de la vie ou la souffrance nuisent au jugement. D'un autre côté, une personne pourrait-elle demander un suicide assisté même si elle n'est pas malade? Pourrait-elle le demander et l'obtenir?

**M. Chipeur:** Oui.



[Texte]

**Senator Lavoie-Roux:** Because there is no criteria by which to judge.

**Mr. Chipeur:** If we put other criteria in that, we can avoid the slippery slope.

**Senator Lavoie-Roux:** I see that.

**Mr. Chipeur:** If there is a concern with respect to a person who is totally capable of carrying out the procedure by themselves, then putting in a fourth or a fifth condition, stating that you may do it yourself and we will not allow you to waste the court's resources, is something of a *de minimus* argument. If you are telling people "Do not ask for help if you do not need it," that is fine. With that rider, I can accept that condition as a further one. Generally, however, I do not think it is needed.

If there is someone willing to assist you with that suicide, and you are totally well in every way and just want to end your time on earth, there is no distinction between you and the person who is in a lot of pain and suffering, other than the fact that the pain and suffering is visible. We cannot explain why you, who seem to be just fine, are making that decision. It is not for me to judge you. There are too many complications. I cannot see any principled approach to distinguishing between the person who is suffering and the person who is not.

**Senator Lavoie-Roux:** Generally, you think she should do it by himself or herself?

**Mr. Chipeur:** If you want to conserve judicial resources and say it is only available to those who cannot do it by themselves, I cannot argue with that, because then you are saving taxpayers dollars, and I like that idea.

**Senator Lavoie-Roux:** I agree that it should not be allowed for people who have a severe depression. On the other hand, when you enter something that is quantitative, it is always more difficult to assess how severe the depression is, or how mild. Then there is the quantifying factor, and it might be a little complicated, although I subscribe to the general principle.

**Mr. Chipeur:** There comes a point in time where individual choice must be respected. Sometimes that choice may be the wrong one. Nonetheless, society allows us to make that choice. Sometimes we must live with those consequences, and sometimes they are permanent. However, just because it may be wrong and permanent is no reason to recoil from it.

**Senator Corbin:** What is a libertarian? How do you define that?

**Mr. Chipeur:** The libertarian approach is that you minimize the role of government in deciding what you will and will not do. The libertarian says, "I want to make all my decisions on my own." It is the opposite of being a collectivist, putting society first. It is a way of saying that you are an individualist.

It is classical liberalism, as opposed to a more collectivist approach whereby society can make the decisions that are best for you, and it is best for you to do what is best for society because then everyone will benefit. The libertarian thinks it is best to focus

[Translation]

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Parce qu'il n'y a pas de critères pour juger de la situation.

**M. Chipeur:** Si nous ajoutons d'autres critères, nous pouvons éviter la pente glissante.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** J'en conviens.

**M. Chipeur:** Si l'on s'inquiète d'une personne tout à fait en mesure de faire les démarches par elle-même, alors imposer une quatrième ou une cinquième condition, stipulant que vous pouvez le faire vous-même et qu'on ne vous laissera pas gaspiller les ressources des tribunaux, devient une espèce d'argument *de minimus*. Si on dit aux gens de ne pas demander d'aide s'ils n'en ont pas besoin, c'est très bien. S'il y a cette clause supplémentaire, je suis prêt à accepter cette autre condition. En général, cependant, je ne pense pas que ce soit nécessaire.

Si quelqu'un est prêt à vous aider à vous suicider et que vous êtes tout à fait bien et voulez simplement mettre fin à vos jours sur la terre, il n'y a pas de différence entre vous et la personne qui souffre terriblement, autre que le fait que la douleur et la souffrance sont visibles. Nous ne pouvons pas expliquer pourquoi vous, qui semblez aller très bien, prenez cette décision. Ce n'est pas à moi de vous juger. Il y a trop de complications. Je ne peux voir aucune raison logique de faire une distinction entre la personne qui souffre et celle qui ne souffre pas.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Règle générale, vous pensez que la personne devrait agir toute seule?

**M. Chipeur:** Si vous voulez conserver les ressources judiciaires et stipuler que seules les personnes qui ne peuvent le faire par elles-mêmes y ont droit, je ne peux pas m'opposer parce que vous faites économiser des deniers aux contribuables et cette idée me plaît.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je suis d'accord que ce ne devrait pas être permis pour les personnes qui sont gravement déprimées. Par contre, quand des facteurs quantitatifs entrent en jeu, il est toujours plus difficile de mesurer l'ampleur de la dépression. Il y a alors un facteur quantitatif et ce pourrait être un peu plus compliqué, encore que je sois d'accord avec le principe général.

**M. Chipeur:** Vient un moment où le choix de la personne doit être respecté. Ce choix est parfois le mauvais. Néanmoins, la société nous permet de le faire. Parfois, nous devons accepter les conséquences, et parfois, elles sont permanentes. Mais le fait que nous avons mal choisi et que les conséquences sont permanentes ne devrait pas nous faire reculer.

**Le sénateur Corbin:** Qu'est-ce qu'un libertaire? Comment le définissez-vous?

**M. Chipeur:** L'attitude libertaire consiste à réduire le rôle du gouvernement dans les décisions quant aux mesures à prendre ou à ne pas prendre. Le libertaire affirme qu'il veut décider lui-même. C'est le contraire du collectiviste, qui met la société au premier rang. C'est une façon de dire qu'on est individualiste.

C'est le libéralisme classique, par opposition à une attitude plus collectiviste selon laquelle la société peut prendre les décisions qui sont les meilleures pour vous, et ce qui est le mieux pour vous l'est pour la société parce que tout le monde en profite. Le

[Text]

on the individual, maximize freedom and everyone will benefit. These are two different views of life, and I am confessing my own bias upfront.

**Senator Corbin:** It helps us to understand where you are coming from.

You say that you do not want to have moral or religious views imposed on you, and neither do you want to impose your moral or religious views or beliefs, or what have you. I respect that. On the other hand, you need some kind of a glue to keep society alive and working well. If everyone in society were a libertarian, would you still have a society?

**Mr. Chipeur:** Yes. It is in everyone's individual best interests to work together as a society. It is my personal philosophy that if you put the individual first, then you will always come up with the right decision. In other words, I am of the view that the means are never justified by the ends. It is a difficult concept to put into practice. I am not trying to do so. Yes, I do believe you should always put the individual first. It is possible to put the individual first and yet come up with the right decision for society as a whole.

**Senator Corbin:** I grant you that we should have the greatest of respect for individual rights, but up to a point. I do not think it is an absolute right.

**Mr. Chipeur:** What you are pointing out is if, by giving people the right to choose to kill themselves or to have assistance in doing so, they compromise the right to life of someone else, then probably we have gone too far. If you cannot fashion a legislative solution that respects the right of the individual to choose, while not compromising the right or interests of someone else to life, then you are justified in saying to that individual "I am sorry, we cannot give you that choice." That is what the Supreme Court of Canada said in the *Rodriguez* case. They said that we cannot fashion a remedy for you right now, here in this courtroom.

**Senator Corbin:** The minority.

**Mr. Chipeur:** In the *Rodriguez* case, the majority stated we cannot fashion a right for you in this courtroom that would respect the rights of others to life. Therefore, we cannot give you the choice.

Now, the question is, can this committee? Can Parliament come up with a way to give choice without affecting the right to life, liberty and security of the person, which is guaranteed in the Charter as well? We are guaranteed choice, but we are also guaranteed life. We cannot allow the right to choice to unduly interfere with the right to life. That is the balance you must achieve here. I agree with you when you say that there is a limit, absolutely, under Section 1 as well as in the general balancing between rights.

**Senator Corbin:** I read your paper. I was not here when you made your presentation. Nevertheless, if we were to follow your proposal, would you be worried that, after a while, the whole process would become very commonplace?

[Traduction]

libertaire pense qu'il vaut mieux mettre l'accent sur la personne, optimiser la liberté et que tout le monde en profitera. Ce sont deux perspectives de la vie différentes et je déclare d'entrée de jeu à quel camp j'appartiens.

**Le sénateur Corbin:** Cela nous aide à comprendre où vous vous situez.

Vous affirmez que vous ne voulez pas que des points de vue moraux ou religieux vous soient imposés et que nous ne voulez pas imposer vos opinions ou convictions morales ou religieuses aux autres. Je le respecte. Par contre, il faut une espèce de ciment pour maintenir la société en vie et la faire bien fonctionner. Si tout le monde était libertaire, y aurait-il encore une société?

**M. Chipeur:** Oui. Tout le monde a intérêt à travailler ensemble, en tant que société. Je crois personnellement que, quand on place l'individu avant tout, on arrive toujours à la bonne décision. Autrement dit, j'estime que la fin ne justifie jamais les moyens. C'est un principe difficile à mettre en pratique. Je n'essaie pas de le faire. Oui, je crois que l'individu devrait toujours venir en premier. Il est possible de le faire et d'arriver quand même à la bonne décision pour la société dans son ensemble.

**Le sénateur Corbin:** Je reconnais que nous devrions avoir le plus grand respect pour les droits individuels, mais jusqu'à un certain point. Je ne crois pas que ce soit un droit absolu.

**M. Chipeur:** Ce que vous faites ressortir c'est si, en donnant aux gens le droit de choisir de se tuer ou de se faire aider pour y parvenir, ils portent atteinte au droit à la vie de quelqu'un d'autre, on est probablement allé trop loin. Si vous ne pouvez concevoir une solution législative qui respecte le droit de l'individu de choisir, sans compromettre le droit ni les intérêts de quelqu'un d'autre à l'égard de la vie, alors vous avez raison de dire à l'individu que vous ne pouvez pas lui donner ce choix. C'est ce qu'a déclaré la Cour suprême dans l'arrêt *Rodriguez*. Elle a statué qu'elle ne pouvait pas concevoir une solution pour vous au palais de justice.

**Le sénateur Corbin:** La minorité.

**M. Chipeur:** Dans l'arrêt *Rodriguez*, la majorité a tranché qu'on ne pouvait pas concevoir au palais de justice un droit qui respecterait le droit des autres à la vie. Par conséquent, elle ne peut donner le choix.

La question qui se pose est la suivante: le comité le peut-il? Le Parlement peut-il trouver un moyen de donner un choix sans porter atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, qui est aussi garanti dans la Charte? On nous garantit le choix, mais aussi la vie. Nous ne pouvons permettre au droit de choisir d'entraver indûment le droit à la vie. C'est l'équilibre que vous devez atteindre. Je suis d'accord avec vous quand vous affirmez qu'il y a une limite absolue, en vertu de l'article 1, ainsi que dans l'équilibre général des droits.

**Le sénateur Corbin:** J'ai lu votre mémoire. Je n'étais pas là quand vous avez présenté votre exposé. Néanmoins, si nous devons adopter votre proposition, ne craignez-vous pas que tout le processus ne devienne une simple formalité après un certain temps?



[Texte]

Do you recall the process one had to follow to be granted a divorce, for example?

**Mr. Chipeur:** I have studied and looked at the old records of Parliament, and noticed the description of *in flagrante delicto* published in the statute book at the turn of the century. I know what you are talking about.

**Senator Corbin:** The Senate had a special committee to hear all those cases.

**Mr. Chipeur:** They told everything. I know.

**Senator Beaudoin:** He was not born at that time.

**Mr. Chipeur:** My grandfather was.

**Senator Corbin:** It is easy to be granted a divorce today. They have them at the supermarket. Walmart will give you one. I believe we must look forward.

What happens to this sort of thing in time? What safeguard have you in this system that it will not be banalized and become commonplace so that the virtue of the exercise is totally lost?

**Mr. Chipeur:** The process should be fashioned in such a way that it would not lend itself to becoming routine. The individual would need to tell the judge "I want to die". Everyone in that family must know, through notice, that this person wants to die, and if they do not believe that that person is making a free choice, then they would have the right of audience before that court to say to the court, "I believe that my loved one is not competent." There is the competing interest. If society changes, and if families begin to change their views, so that everyone says, "Yes, well, it is great that grandma is deciding to kill herself. We will all appear in court and support her." It would then be much like divorces today, where people say "Let's get divorced, and we will be happy about it." We recognize that there has been a change in society's attitude relating to divorce. I agree with you that there could be a change in society's attitude in relation to the question of assisted suicide.

However, it is to be hoped that the fact that there is no criteria would lead us not to travel down that route, because once we put in the criteria, we have invited people to apply. If we do not have criteria, then we are not inviting them to apply. It is just there as a safety valve, in situations where a person finds that they can no longer live with a particular situation.

If Parliament wants to make a statement that we do not want society to change to the point where we accept people choosing suicide as readily as they choose divorce, then maybe you do not want to change the Criminal Code. My position is not that you should or should not change, but if you change, make sure you put these controls in. I agree that there is a risk that if you were to change the law, that it could become as routine at divorce. I cannot disagree with that particular observation.

**Senator Desmarais:** I agree with the first three conditions that you have set out, but I have problems with the fourth. How would an already overburdened judiciary react to such a request? All I can do is make the statement and leave it at that.

[Translation]

Vous rappelez-vous les démarches d'autrefois pour obtenir un divorce, par exemple?

**M. Chipeur:** J'ai étudié les archives du Parlement et remarqué la description du flagrant délit publiée dans les règlements au début du siècle. Je sais de quoi vous parlez.

**Le sénateur Corbin:** Le Sénat avait un comité spécial pour entendre toutes ces affaires.

**M. Chipeur:** Ils racontaient tout. Je sais.

**Le sénateur Beaudoin:** Il n'était pas né à cette époque.

**M. Chipeur:** Mon grand-père l'était.

**Le sénateur Corbin:** C'est facile d'obtenir le divorce de nos jours. Il suffit d'aller au supermarché. Walmart vous le donnera. Je crois que nous devons songer à l'avenir.

Qu'advient-il de tout cela avec le temps? Quelles mesures de précaution avez-vous prévues dans ce système afin qu'il ne devienne pas banal et ne soit pas qu'une formalité, au point de faire disparaître complètement les avantages de ce mécanisme?

**M. Chipeur:** Le processus devrait être conçu de manière à ne jamais devenir une routine. La personne devrait dire au juge qu'elle veut mourir. Toute la famille doit être prévenue que cette personne veut mourir et si elle ne croit pas que la personne choisit librement, elle aurait le droit de se présenter devant le tribunal et de déclarer qu'elle ne croit pas le requérant apte à décider. Il y a des intérêts contradictoires. Si la société change et que les familles changent d'opinion, elles pourraient toutes dire: «C'est très bien que grand-maman veuille se suicider. Nous irons tous l'appuyer devant le juge». Cela ressemblerait beaucoup au divorce actuellement. Les gens disent: «Divorçons et réjouissons-nous». Nous reconnaissons que l'attitude de la société a changé face au divorce. Je conviens avec vous que l'attitude de la société face au suicide assisté pourrait changer.

Il faut espérer cependant que l'absence de critères ne nous amènera pas sur cette voie, parce qu'en fixant des critères, nous incitons les gens à faire une demande. S'il n'y a pas de critères, nous ne les incitons pas à le faire. C'est tout simplement une soupape de sûreté, pour les cas où une personne trouve qu'elle ne peut plus vivre cette situation en particulier.

Si le Parlement veut montrer clairement que nous ne voulons pas changer la société au point où d'accepter que les gens choisissent le suicide aussi facilement qu'ils choisissent le divorce, alors vous ne voudrez peut-être pas modifier le Code criminel. Je ne dis pas que vous devriez ou ne devriez pas le changer, simplement que vous devez veiller à ce que ces contrôles soient en place. Je conviens qu'on risque, en changeant la loi, de créer une simple formalité, comme pour le divorce. Je ne peux le nier.

**Le sénateur Desmarais:** Je suis d'accord avec les trois premières conditions que vous avez énoncées, mais la quatrième m'embête. Comment un système judiciaire déjà débordé réagirait-il à une telle demande? Je ne peux que faire cette constatation.

[Text]

I am more concerned with this preapproval process. I can see how a healthy person might apply for this tribunal, wait three weeks, six weeks or two months, and then appear in person before a judge and make his plea. I am not sure how it would work in the case of someone who is seriously ill and in a state of great suffering. How would such a person apply?

**Mr. Chipeur:** It would be more difficult.

**Senator Desmarais:** It would be virtually impossible, unless the judge attended at the hospital or some other place.

**Mr. Chipeur:** That is possible. There are ways of taking testimony and having it read to the court, and doing it by videotape. A recent case in Quebec involving a person on a respirator, Nancy B. She was a person who was tied to the hospital bed, but went through the process of getting a court order that allowed the plug to be pulled on her respirator. The same principles that led that judge to make that decision probably would be the principles applied in these cases. I did not want to get technical and make reference to all of the case law that would support my submission, but Nancy B., I believe, is on all fours with the submission that I have made today.

Nancy B. is one example. Mrs. Rodriguez is another. She went through the entire system as a disabled person, and it was possible. It will be a major problem for an individual to do it, but I believe that it should be a major problem, because life is so valuable. We need to ensure that society recognizes that value, and does not just allow it to happen. If it does become a problem where the judiciary is overburdened, then I would be concerned about changing the law.

My personal view is that there will not be a great number of requests. There will be a few individuals who will want to take that action: they have come to a moral crisis in their life, and have made this decision. If they have, and society has in place the proper safeguards, then fine. If there will be an overburdened judiciary, I would be concerned. As a lawyer, I would not want all of the taxpayers dollars for the judicial system to be spent on applications for people to die.

**Senator Desmarais:** Are they not already overburdened with the Charter and other things?

**Mr. Chipeur:** I agree. I do not know if they are overburdened. They are certainly stretched. In the Supreme Court in Alberta, they seem to be handling the load fine. I do not know how it is in Ontario.

**Senator Desmarais:** Would it be acceptable if there were a preapproval process, and that this were carried out by the local or regional coroner or prosecutor?

**Mr. Chipeur:** I would have no problem with a coroner acting in that capacity and making that decision. He is the equivalent of a judge. Anyone may exercise the powers of a superior court judge, provided they are given that power by legislation. Therefore, having the coroner carry out that function would be fine, in my opinion.

[Traduction]

Je me soucie davantage du processus d'approbation préalable. Je peux concevoir qu'une personne en santé fasse appel à ce tribunal, attende trois jours, six semaines ou deux mois, puis comparaisse devant un juge et présente ses arguments. Je ne suis pas certain que cela fonctionnerait dans le cas d'une personne gravement malade, qui souffre beaucoup. Comment présenterait-elle sa demande?

**M. Chipeur:** Ce serait plus difficile.

**Le sénateur Desmarais:** Ce serait presque impossible, à moins que le juge ne se rende à l'hôpital ou ailleurs.

**M. Chipeur:** C'est possible. Il y a des façons d'entendre les témoignages et de les faire lire devant le juge, sur bande vidéo. Il y a eu récemment au Québec une cause concernant une personne branchée à un respirateur, Nancy B. Elle était hospitalisée, mais a obtenu une ordonnance judiciaire afin qu'on débranche l'appareil. Les mêmes principes qui ont amené le juge à rendre cette décision s'appliqueraient probablement dans ces cas. Je n'ai pas voulu entrer dans les détails techniques et citer toute la jurisprudence qui appuieraient ma position, mais Nancy B. répondrait aux quatre conditions que j'ai proposées aujourd'hui.

Nancy B. est un exemple. Mme Rodriguez en est un autre. Elle a fait toutes les démarches, malgré son handicap. C'était possible. Ce sera difficile pour la personne qui voudra entreprendre ces démarches, mais je crois que ce devrait l'être, parce que la vie est si précieuse. Nous devons nous assurer que la société reconnaît cette valeur et ne permet pas que ce soit une sinécure. Si les tribunaux deviennent débordés, alors il faudrait changer la loi.

Je crois personnellement qu'il n'y aura pas beaucoup de demandes. Peu de gens voudront s'engager dans cette voie: ils auront fait face à une crise morale dans leur vie et auront pris cette décision. Dans ce cas, et si la société a prévu les mesures de précaution qui s'imposent, très bien. Si les tribunaux étaient débordés, je m'inquiéterais. En tant qu'avocat, je ne voudrais pas que les deniers que les contribuables consacrent au système judiciaire soient dépensés pour étudier les demandes de personnes qui veulent mourir.

**Le sénateur Desmarais:** Ne sont-ils pas déjà débordés à cause de la Charte des droits et d'autres lois?

**M. Chipeur:** Je suis d'accord. Je ne sais pas s'ils sont débordés. Ils sont certainement très occupés. La Cour suprême de l'Alberta semble bien se débrouiller. Je ne connais pas la situation en Ontario.

**Le sénateur Desmarais:** Un processus d'approbation préalable administré par le coroner ou le procureur local ou régional serait-il acceptable?

**M. Chipeur:** Je n'aurais aucune objection à ce qu'un coroner exerce ce pouvoir et prenne cette décision. Il est l'équivalent d'un juge. N'importe qui peut exercer les pouvoirs d'un juge d'une instance supérieure si la loi lui accorde ces pouvoirs. Par conséquent, un coroner pourrait exercer ces fonctions, à mon avis.



[Texte]

On the other hand, I am not sure that a prosecutor would be appropriate, because they must deal with the matter afterwards if a fraud has occurred.

**Senator Corbin:** You are not suggesting that this court sit *in camera*?

**Mr. Chipeur:** No. It may be embarrassing for the person and for the family, but the process should be open, because if someone is willing to have their life taken, which right now is a criminal act, and we then charge that person in a public court, that physician or whoever should be given immunity from prosecution through a public process as well.

**The Chairman:** I am in favour of an independent tribunal. I would be concerned if the process had to proceed before a superior court judge.

We had coroners testify before us a month or so ago. They suggested that there should be a pretrial procedure, and they suggested that their office might be an appropriate forum in which to hear these applications.

What about guidelines at that time? There is no reason, no pain, no suffering. However, my concern with their suggestion was that, unless there are national guidelines, there would be a variety of decisions across Canada, and each province would be different. They acknowledged that, and thought perhaps there should be some federal guidelines. Your feeling is that guidelines are not needed, except that a person be competent?

I have a problem with the process being public, partly because of testimony we heard regarding the difficulty that there has been with the reporting procedures in the Netherlands. More doctors are reporting, but they admit that there is still not the total frankness, if you will, from the doctors about their practice.

I recall hearing or reading that one of the reasons frequently cited by doctors regarding their reluctance to report was that often there was conflict within the family. In other words, a person who was seeking an assisted death was having their decision balked at by members of the family on moral, religious or other ground. Sometimes the doctor had to make a decision where he felt that the patient was himself fully qualified for his assistance, and yet he did not want to report it because eventually part of the procedure would be to speak to other members of the family, to be sure if everything had been complied with.

In this case, your opinion is that should that procedure be open, and the person competent, the judge would not need any other criteria except to have this man walk through the door with his physician, who would say something to the effect that, "Yes, I am his physician and yes, I have heard him say he wants to commit suicide, period." No other criteria whatsoever would be necessary. However, if members of his family were to walk in and say that it should not occur; that, for example, "My brother

[Translation]

Par contre, je ne suis pas certain qu'un procureur ferait l'affaire, parce qu'il doit décider après coup s'il y a eu fraude.

**Le sénateur Corbin:** Vous ne proposez pas que ce tribunal siège à huis clos?

**M. Chipeur:** Non. Ce serait peut-être embarrassant pour la personne et pour la famille, mais le processus devrait être ouvert, parce que si quelqu'un est disposé à se faire enlever la vie (cela constitue un acte criminel actuellement) et que nous accusons cette personne devant un tribunal public, le médecin ou quiconque est en cause devrait être à l'abri des poursuites, grâce à un processus public lui aussi.

**La présidente:** Je suis en faveur d'un tribunal indépendant. Je m'inquiéterais si le processus se déroulait devant un tribunal d'une instance supérieure.

Des coroners ont témoigné devant nous il y a environ un mois. Ils ont indiqué qu'il devrait exister une enquête préliminaire et qu'ils pourraient être une bonne tribune où entendre ces demandes.

Et les lignes directrices? Il n'y a pas de raison, pas de douleur, pas de souffrance. Ce qui m'embête avec leur proposition c'est que, en l'absence de lignes directrices nationales, les décisions varieraient d'un océan à l'autre et chaque province serait différente. Ils l'ont admis et reconnu qu'il faudrait peut-être des directives fédérales. Vous avez l'impression que ces lignes directrices ne sont pas nécessaires, sauf que la personne doit être apte à décider?

Je m'interroge sur le fait que le processus soit public, en partie à cause des témoignages que nous avons entendus au sujet des difficultés qu'ont présentées les procédures de déclaration aux Pays-Bas. Plus de médecins font des déclarations, mais ils admettent ne pas être encore tout à fait francs à propos de leurs actes.

Je me souviens avoir entendu ou lu que l'une des raisons évoquées fréquemment par les médecins au sujet de leur hésitation à signaler les cas est le fait qu'il y a souvent des conflits avec la famille. Autrement dit, une personne qui demande de l'aide pour se suicider voit sa demande contestée par des membres de la famille pour des motifs moraux, religieux ou autres. Parfois, le médecin a pris une décision en estimant que le patient était tout à fait justifié de demander son aide mais n'a pas voulu le signaler parce qu'une étape du processus consiste à discuter avec les autres membres de la famille, pour s'assurer que toutes les règles ont été observées.

Dans ce cas, vous êtes d'avis que si la procédure est ouverte et la personne, compétente, le juge n'aurait pas besoin d'autres critères sauf que la personne vienne avec son médecin, qui déclarerait: «Oui, je suis son médecin, et oui, j'ai entendu mon patient dire qu'il voulait se suicider, un point c'est tout». Aucun autre critère ne serait nécessaire. Mais si des membres de la famille venaient s'opposer et déclarer, par exemple: «Mon frère n'est pas bien et nous ne devrions pas le laisser faire», vous

[Text]

is not well, and you should not allow him to do it," you are suggesting that the judge, or the arbiter, must then start assessing competence. Then it is an open conflict.

I am not sure where your libertarian principles stand there because, on the one hand, you are stating that this man has the right to make this decision while, on the other hand, if someone in the family overrules him in effect, what happens? Is your opinion that the judge must throw the matter out without any further examination, without any further criterion?

**Mr. Chipeur:** Courts make these determinations every day on competence with respect to making wills, with respect to dealing with guardianship applications, dealing with trusts and trustees, dealing with living wills, or dependent adult applications. Courts are well suited to do this. Coroners could be trained and become expert in this area as well, if that is required, or there could be a special tribunal.

After all, we already judge between two different sides who come before the court and say that that person is or is not, or was or was not, competent. It is done with the aid of expert testimony from individuals who assess the individual's competence. It would be an adversarial proceeding and in some cases it would be bitter, and it would hurt the families. However, there is no other way to respect that individual's choice.

The other alternative is to say to that individual, "I am sorry you cannot do this at all." If we do not forbid it completely, then we must set out under what circumstances or criteria it can be done. However, if it is done secretly, with the aid of your physician, then the Netherlands problem will occur quickly. If physicians want to respect their patient's confidentiality and be dishonest with society, they are then playing the role of God, or judge and jury. He or she will decide whether or not this person is competent, and make that decision privately when this is a public law issue. It would be a question of assisting in a suicide or assisting in murder, but for the fact that it will be allowed. If society is interested in this kind of situation from a public policy point of view after the fact, then certainly society has a public policy interest in it before the fact, and therefore it can justify the open and public nature of the meeting. and, in fact, it can lead to those very problems. However, there is no other choice if we are to respect the individual choice of that person from a libertarian point of view. The balance between respect for life and respect for choice will sometimes clash, and you have highlighted a case, but our judicial system has dealt very adequately with those for centuries.

**The Chairman:** I still think it is a little odd that you have suggested that we cannot necessarily trust the attending physician, the patient's physician, to make a responsible decision, yet you ask that a psychiatrist, who has never seen the patient before, should come in and make that decision. You will trust the psychiatrist.

**Mr. Chipeur:** No, the judge makes that decision. The psychiatrist is not the one who makes the decision. Whoever testifies as an expert only provides expert testimony. Judges are not required to follow one expert or the other. I agree that both

[Traduction]

soutenez que le juge, ou l'arbitre, doit alors déterminer l'aptitude à décider. Il y a alors un conflit évident.

Je ne sais pas si vos principes libertaires tiendraient parce que, d'un autre côté, vous déclarez que cet homme a le droit de décider, mais de l'autre, si un membre de la famille s'oppose, qu'est-ce qui arrive? Êtes-vous d'avis que le juge doit rejeter la demande sans autre forme d'examen, sans appliquer d'autres critères?

**M. Chipeur:** Les tribunaux prennent ces décisions tous les jours au sujet des testaments, des demandes de tutelle, des fiducies et des fiduciaires, des testaments biologiques ou des personnes à charge adultes. Ils sont très bien en mesure de le faire. Les coroners pourraient être formés et devenir des experts dans ce domaine eux aussi, s'il le fallait, ou il pourrait y avoir un autre tribunal spécial.

Après tout, nous tranchons déjà lorsque deux parties vont en cour pour faire valoir que telle personne était ou n'était pas apte à décider. La décision se prend après avoir entendu les témoignages d'experts qui évaluent la compétence de l'intéressé. Ce serait une procédure accusatoire et dans certains cas elle serait amère et elle blesserait les familles. Mais il n'y a pas d'autre moyen de respecter le choix de l'intéressé.

L'autre solution consiste à refuser à l'intéressé de poser cet acte. Si nous ne l'interdisons pas complètement, alors nous devons définir dans quelles circonstances l'acte est permis ou en fonction de quels critères. Mais si cela se fait en secret, avec l'aide du médecin, alors le problème des Pays-Bas surviendra rapidement. Si les médecins veulent respecter le caractère confidentiel de la décision de leur patient et être malhonnête face à la société, ils se prennent alors pour Dieu ou sont juge et partie. Le médecin décidera si cette personne est apte à décider ou non et prendra cette décision tout seul, alors que c'est une question publique. Ce serait une question d'aide à un suicide ou à un meurtre, mais cet acte serait permis. Si une société s'intéresse à ce genre de situation, du point de vue des politiques publiques après coup, alors elle s'y intéresse certainement, du point de vue des politiques publiques, avant le fait, et peut donc justifier la nature ouverte et publique de la rencontre et de fait, cela peut mener à ces problèmes. Mais il n'y a pas d'autre choix si nous voulons respecter le choix individuel de cette personne d'un point de vue libertaire. L'équilibre entre le respect de la vie et le respect du choix sera parfois rompu, et vous en avez donné un exemple, mais notre système judiciaire y a fait face très correctement depuis des siècles.

**La présidente:** Il me paraît tout de même un peu bizarre que vous ayez indiqué que nous ne pouvons pas nécessairement nous fier que le médecin traitant, le médecin du patient, prendra une décision responsable, pourtant vous demandez au psychiatre, qui n'a jamais vu le patient auparavant, de prendre cette décision. Vous ferez confiance au psychiatre.

**M. Chipeur:** Non, le juge prendra cette décision, pas le psychiatre. Quiconque témoigne à titre d'expert ne donne qu'un témoignage d'expert. Les juges ne sont pas tenus d'accepter l'avis d'un expert ou d'un autre. Je conviens que les deux peuvent se



[Texte]

can be fallible. However, it is the judge's decision to say, "I am satisfied that this person is competent", instead of saying, "I am not only satisfied that this person is competent, I am also satisfied with the diagnosis."

The main reason I am against using those criteria is not because of medical fallibility, although I point that out as a problem, but that it will be easier for us as a society to start to go down that road, because peer pressure will develop whenever those criteria are present. That is my concern rather than the question of medical fallibility.

**Senator Carstairs:** I have no difficulty with your presentation other than the public nature of such a hearing, and for one reason only. In Canada now, doctors performing abortions are being targeted by people who do not agree with the moral view which the doctor is obviously expressing. They are picketing homes, offices, hospitals and, unfortunately, in some cases shooting doctors. If we made this a public process, would we not do the same thing to the doctors who were prepared to assist in an assisted suicide?

**Mr. Chipeur:** I do not think this process requires that physician to be there.

**Senator Carstairs:** That is not my point.

**Mr. Chipeur:** That physician could be anonymous. The physician who actually participates does not have to be there because the physician's opinion is irrelevant. We do not care what the physician thinks. We care whether the person is competent. Yes, courthouses may be picketed, just as they were when Morgentaler's case was before the courts. That is the nature of our democracy. However, I think we can avoid putting the physicians who actually participate at risk by protecting their anonymity. I do not think we can protect the individual's anonymity. We do not do it after the fact. Why should we do it before the fact?

**Senator Beaudoin:** I have the same concern as Senator Neiman. This is the first time someone has suggested recourse to a court of justice. As a question of principle, it may be acceptable. It is very strong, but it is one way to look at things. However, we would obviously need some parameters in the legislation allowing assisted suicide or euthanasia. I think that is unavoidable, because the judge has to judge according to the law. Then it would be in the Criminal Code, or in a piece of legislation, so the judge should have a little guidance in that sense.

**Mr. Chipeur:** We do not give any guidance when a person's will is being challenged, and to a certain extent we are talking about a living will. In the case of a regular will, a will is not valid and we will not probate it unless we are satisfied that the person was competent when they made that will. This is the same sort of exercise. Again, all we care about is that the individual is competent to make this living will. Once they have

[Translation]

tromper. Mais c'est au juge de dire: «Je suis convaincu que cette personne est apte à décider», au lieu de: «Je suis non seulement convaincu que cette personne est apte à décider mais aussi que le diagnostic est correct».

La principale raison pour laquelle je suis contre ces critères, ce n'est pas la faillibilité de la médecine, encore que cela m'apparaisse comme un problème, mais plutôt parce qu'il nous sera plus facile, en tant que société, de nous engager dans cette voie, parce que des pressions commenceront à se faire sentir chaque fois que ces critères existeront. C'est cela qui m'inquiète, plutôt que la question de la faillibilité médicale.

**Le sénateur Carstairs:** Je suis d'accord avec votre exposé, sauf en ce qui concerne la nature publique de ces audiences, et ce, pour une seule raison. Au Canada actuellement, les médecins qui pratiquent des avortements sont la cible de ceux qui ne sont pas d'accord avec l'opinion morale exprimée ouvertement par le médecin. Ils manifestent devant les foyers, les bureaux, des hôpitaux et, malheureusement, ils tirent parfois sur les médecins. Si le processus était public, le même sort n'attendrait-il pas les médecins qui seraient prêts à participer à un suicide assisté?

**M. Chipeur:** Je ne pense pas que cet acte exige la présence du médecin.

**Le sénateur Carstairs:** Là n'est pas la question.

**M. Chipeur:** Ce médecin pourrait être anonyme. Le médecin qui participe effectivement au suicide assisté n'a pas besoin d'être présent parce que son opinion n'est pas pertinente. Nous nous moquons de ce que pense le médecin. Nous voulons savoir si la personne est apte à décider. Oui, il pourrait y avoir des manifestations devant les palais de justice, tout comme il y en a eu lors du procès Morgentaler. C'est la nature de la démocratie. Mais je pense que nous pouvons éviter de mettre en danger les médecins qui participent effectivement au suicide assisté en protégeant leur anonymat. Je ne pense pas que nous puissions protéger l'anonymat de l'intéressé. Nous ne le faisons pas après coup. Pourquoi devrions-nous le faire avant?

**Le sénateur Beaudoin:** Je me pose la même question que Le sénateur Neiman. C'est la première fois que quelqu'un propose de recourir à une cour de justice. En principe, ce pourrait être acceptable. C'est très fort, mais c'est un point de vue. Mais nous aurions de toute évidence besoin de critères dans la loi qui autoriserait le suicide assisté ou l'euthanasie. Je pense que c'est inévitable, parce que le juge doit juger en fonction de la loi. Cela se trouverait dans le Code criminel ou dans une autre loi, afin que le juge puisse un peu se guider sur quelque chose.

**M. Chipeur:** Nous ne donnons pas d'instruction lorsqu'un testament est contesté et, dans un certain sens, il est question d'un testament biologique. Dans le cas d'un testament ordinaire, ce dernier n'est pas valide et nous ne l'exécutons pas si nous ne sommes pas convaincu que le testateur était apte à décider lorsqu'il a fait ce testament. C'est le même genre de situation. Là aussi, tout ce qui nous préoccupe c'est que la personne soit apte à

[Text]

satisfied the court that they are competent, we do not care what is in that living will, to a certain extent.

There are obviously some criteria for a will. For example, you must take care of your family, and things like that. I am not suggesting that we could not have some limitations. For example, we could have a requirement that we will not allow a person to take up the court's resources when that person can carry out the procedure by himself. However, other than that, I am very concerned about the slippery slope of putting peer pressure on the elderly, in particular, to take their own lives when their prognosis is terminal. I do not think we should be putting those kinds of criteria in place.

**Senator Beaudoin:** My second point is with respect to the coroner. In our system, it is the job of the coroner to inquire about violent death. I do not think he is the best one to give permission to commit suicide or euthanasia.

The idea of having a body, or a court, that would rule impartially on the demand may be quite acceptable, but it has to be considered more deeply. However, since the coroner is the person who may be invited to inquire into the death of another person, to ask the coroner to do this puts him in a very difficult situation. I am not too sure that the coroner could be a substitute for the courts of justice.

The Parliament of Canada is supreme but, as you said, is very clearly within the sphere of its power. However, it is the Charter of Rights and Freedoms and the Constitution that are supreme today. There is no doubt about that.

Parliament may decide to legislate. You say that if Parliament does legislate, it should follow certain guidelines. One of the parameters is a recourse before the courts. If that were ever adopted, Parliament would have to pay attention to the existing system, the administration of justice and so on. I think that that is the only thing we may retain.

**Mr. Chipeur:** You have summarized my position very well. The reason I think the courts are the right place is that that system is in place now. If the courts become overburdened with this, we can readdress that issue. However, for the time being, I think that the judicial route is the best one if we are to allow that choice, because it is already in place and does not require an extra expenditure of resources. It is to be hoped that, as a society, we can do the other things that will make people want to continue to live, in other words the palliative care and other exercises that will take away that inclination to take one's own life.

**Senator Beaudoin:** In other words, you value life so much that you say that any exceptions that were to be allowed would need to go before the courts.

**Mr. Chipeur:** Yes.

**Senator Beaudoin:** Thank you.

**The Chairman:** Mr. Chipeur, your proposals are very clean and neat. They are what I would call minimalist and objective. I believe that they are just too simple. To me, the question of

[Traduction]

décider lorsqu'elle fait un testament biologique. Si le tribunal en est convaincu, jusqu'à un certain point le contenu de ce testament biologique nous importe peu.

Il y a évidemment des critères à observer dans le cas d'un testament. Par exemple, il faut prendre soin de sa famille. Je ne dis pas que ces contraintes ne devraient pas être maintenues. Par exemple, nous pourrions exiger qu'une personne ne fasse pas appel aux ressources judiciaires lorsqu'elle peut faire les démarches par elle-même. Mais à part cela, je m'inquiète beaucoup de la pente glissante sur laquelle on pourrait s'engager si des pressions s'exerçaient sur les personnes âgées afin qu'elles mettent fin à leurs jours lorsque leur maladie est en phase terminale. Je ne pense pas que nous devrions mettre en place de tels critères.

**Le sénateur Beaudoin:** Ma deuxième remarque se rapporte au coroner. Dans notre système, il revient au coroner de faire enquête sur une mort violente. Je ne crois pas qu'il soit la personne idéale pour permettre le suicide assisté ou l'euthanasie.

L'idée qu'un organisme ou un tribunal prenne une décision impartiale à propos de la demande pourrait être acceptable, mais il faut l'étudier plus à fond. Toutefois, puisque le coroner pourrait être prié de faire enquête sur la mort d'une autre, lui demander de prendre cette décision le met dans une situation délicate. Je ne suis pas vraiment convaincu que le coroner pourrait remplacer les cours de justice.

Le Parlement du Canada est l'autorité suprême mais, comme vous l'avez indiqué, c'est très clairement de son ressort. De nos jours cependant, ce sont la Charte des droits et libertés et la Constitution qui l'emportent. Cela ne fait aucun doute.

Le Parlement pourrait décider de légiférer. Vous affirmez que s'il légifère, il devrait suivre certaines lignes directrices. L'un des critères est un recours devant les tribunaux. Si cette solution était retenue, le Parlement devrait faire attention au système existant, à l'administration de la justice, etcetera. Je pense que c'est la seule chose que nous pourrions retenir.

**M. Chipeur:** Vous avez très bien résumé ma position. La raison pour laquelle je crois que les tribunaux sont le bon endroit est que ce système existe déjà. Si les tribunaux deviennent débordés, nous pourrions y repenser. Mais, pour l'instant, je pense que la voie judiciaire est la meilleure, si nous permettons ce choix, parce qu'elle existe déjà et ne nécessite pas de ressources supplémentaires. Il est à espérer que, en tant que société, nous pouvons prendre les autres mesures qui incitent les gens à vouloir continuer de vivre, autrement dit, les soins palliatifs et d'autres mesures qui réduisent l'envie de mettre fin à ses jours.

**Le sénateur Beaudoin:** Autrement dit, la vie est si précieuse à vos yeux que toute exception devrait être considérée par les tribunaux.

**M. Chipeur:** Oui.

**Le sénateur Beaudoin:** Merci.

**La présidente:** Monsieur Chipeur, vos propositions sont très claires et nettes. Je les qualifierais de minimalistes et objectives. Je crois qu'elles sont trop simples. Pour moi, la question du



[Texte]

suicide or death is not objective; it is subjective. It is about persons; it is about their feelings; it is about their emotions; it encompasses all the reasons why a person would want to choose death. If anyone is to walk into a courtroom and say "I want to die", the first thing any responsible judge would say is, "What would make a person want to die?" and he would call in a psychiatrist. Therefore, immediately you are into subjective assessments. Although your proposal has its virtues because it seems to avoid a lot of the pitfalls which you say would attend upon trying to decide about pain, suffering and all those things, in fact the question will come back down to that before any judge. He will say, "Why are you asking this?"

**Mr. Chipeur:** Possibly, but it would be inappropriate and improper for that judge to say, "I am not satisfied that you are making a wise decision". The judge would be authorized to say, "I am not satisfied that you understand the nature of your decision, but if you understand the nature of your decision, even though I think you are making the wrong decision, I have no power to stop you from making that decision." There is a big difference.

I think there is a major philosophical difference between the Big Brother approach where government, judge or doctor says, "I will make the decision that is in your best interest," and decides that it is in that person's best interest to die or to live, based upon their circumstances. That is completely abhorrent to our system of democracy where the individual choice is respected and life, liberty and security of the person are respected. I think that anything other than individual choice would be a Big Brother approach to the problem by giving someone else some discretion. I do not think anyone else belongs in the process.

**The Chairman:** Except the judge.

**Mr. Chipeur:** The judge is only deciding whether you understand what you are doing.

**The Chairman:** How is he to determine that if he does not question you, and is he not then making the decision as Big Brother, saying, "I know better than you what your feelings really are. I understand this better than you understand it"?

**Mr. Chipeur:** No, I do not think that judges today, when they find that a person is not competent to make a will, are acting as Big Brother. They are just saying, "That person was incompetent, therefore that will is of no legal force or effect." It would be the same in this instance. If a person made a choice for assisted suicide, and they were not competent, the judge would not be saying, "You are making the wrong decision", but rather, "You are not competent to make a decision, therefore I will not give effect to the decision that you purport to have made."

**The Chairman:** That, of course, entails a somewhat detailed examination of the person.

**Mr. Chipeur:** Absolutely, potentially a full-blown trial.

**Senator Beaudoin:** But can you not avoid that?

[Translation]

suicide assisté et de l'euthanasie n'est pas objective; elle est subjective. Elle se rapporte aux personnes; à leurs sentiments; à leurs émotions; elle englobe toutes les raisons pour lesquelles une personne voudrait choisir de mourir. Si quelqu'un se présentait devant un juge en déclarant: «Je veux mourir», la première chose que ferait un juge responsable serait de demander pourquoi cette personne veut mourir et de faire venir un psychiatre. Nous entrons donc immédiatement dans des évaluations subjectives. Même si votre proposition a ses avantages, parce qu'elle semble éviter un grand nombre des écueils qui risquent de se présenter, selon vous, si l'on veut prendre des décisions au sujet de la douleur, de la souffrance et de tout le reste, de fait, la question fondamentale que posera le juge sera: «Pourquoi voulez-vous faire cela?»

**M. Chipeur:** Peut-être, mais ce serait déplacé et erroné pour le juge de déclarer qu'il n'est pas convaincu que la personne prend une sage décision. Le juge serait autorisé à déclarer qu'il n'est pas convaincu que la personne comprend la nature de la décision, mais si elle comprend la nature de cette décision et même si le juge pense qu'elle prend la mauvaise décision, il n'a pas le pouvoir de l'empêcher de la prendre. La différence est très grande.

Je pense qu'une grande différence philosophique entre l'approche totalitaire orwellienne, où le gouvernement, le juge ou le médecin déclare qu'il prendra la décision dans le meilleur intérêt de la personne et celle où il décide qu'il va dans le meilleur intérêt de cette personne de vivre ou de mourir, en fonction des circonstances personnelles. C'est tout à fait incompatible avec notre régime démocratique où le choix individuel est respecté et où la vie, la liberté et la sécurité de la personne sont respectées. Je pense que toute autre attitude que le respect du choix individuel serait une attitude totalitaire face au problème, car elle donnerait un pouvoir discrétionnaire à autrui. Je ne pense pas que personne ait sa place dans ce processus.

**La présidente:** Sauf le juge.

**M. Chipeur:** Le juge ne fait que décider si vous comprenez ce que vous faites.

**La présidente:** Comment peut-il le décider sans vous interroger et ne prend-il pas une décision totalitaire lorsqu'il déclare qu'il sait mieux que vous quels sont vos sentiments, qu'il comprend mieux que vous?

**M. Chipeur:** Non, je ne pense pas que les juges qui concluent actuellement qu'une personne n'est pas apte à faire un testament se prennent pour *Big Brother*. Ils disent simplement que la personne n'était pas apte à décider et donc que le testament est nul et non avenu. Ce serait la même chose dans ce cas. Si une personne choisissait le suicide assisté et qu'elle n'était pas apte à décider, le juge ne déclarerait pas qu'elle prend la mauvaise décision, mais plutôt qu'elle n'est pas apte à prendre cette décision et donc que la décision ne pourra être appliquée.

**La présidente:** Cela suppose évidemment un examen assez détaillé de la personne.

**M. Chipeur:** Absolument, peut-être un vrai procès en bonne et due forme.

**Le sénateur Beaudoin:** Mais ne pouvez-vous pas éviter cela?

[Text]

**Senator DeWare:** I think it is a wonderful deterrent.

**Mr. Chipeur:** It may be the balance between life and liberty. If you decide it is not, I would recommend you do nothing to change the law. However, I do not believe there is any other way to balance these interests. If you throw in other criteria, you may think that you are actually preserving life, you may think you are doing something to protect life, but I think you would be doing a disservice to life by saying, as government, "In this case, when you are in pain, life is worth less and we are recognizing that." I do not think government should be saying life is worth less, just because of suffering. I do not accept that as a valid position.

**Senator Beaudoin:** This is the first time we have heard such a proposal. All the other witnesses who have appeared before us have had one or two pages of guidelines, but your system is different.

**Mr. Chipeur:** Completely different; you are right.

**Senator Beaudoin:** You say that any time a person wishes to commit suicide with assisted suicide, it should go before the courts.

**Mr. Chipeur:** Yes, and there should be no criteria at all other than those listed, because putting the criteria in makes it worse than prohibiting it altogether, in terms of respect for life.

**The Chairman:** Thank you very much for your very interesting proposal.

**Senator Beaudoin:** And, in a way, an original proposal.

The committee adjourned.

[Traduction]

**Le sénateur De Ware:** Je pense que c'est un merveilleux facteur de dissuasion.

**M. Chipeur:** Ce pourrait être l'équilibre entre la vie et la liberté. Si vous en décidez autrement, je vous recommanderais de ne pas modifier la loi. Mais je ne crois pas qu'il y ait d'autre façon d'équilibrer ces intérêts. Si vous ajoutez d'autres critères, vous penserez peut-être que vous protégez la vie, mais je pense que vous rendriez un mauvais service à la vie en déclarant, en tant que gouvernement, que dans ce cas-ci, lorsqu'on souffre, la vie est moins précieuse et que vous le reconnaissez. Je ne pense pas que le gouvernement devrait déclarer que la vie est moins précieuse, simplement parce qu'on souffre. Je n'accepte pas ce raisonnement.

**Le sénateur Beaudoin:** C'est la première fois que nous entendons cette proposition. Tous les autres témoins qui ont comparu devant nous avaient une ou deux pages de lignes directrices, mais votre mécanisme est différent.

**M. Chipeur:** Complètement différent, vous avez raison.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous déclarez que chaque fois qu'une personne veut un suicide assisté ou l'euthanasie, elle devrait aller devant le juge.

**M. Chipeur:** Oui, et aucun critère autre que ceux que j'ai énoncés ne devrait s'appliquer, parce que tout nouveau critère rend la situation pire qu'une interdiction pure et simple, en ce qui concerne le respect de la vie.

**La présidente:** Merci beaucoup pour cette intéressante proposition.

**Le sénateur Beaudoin:** Et originale, en un sens.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the United Church of Canada:*

Rev. Anne L. Simmonds;

Ruth Evans.

*As an Individual:*

Gerald Chipeur.

*As an Individual:*

Mark Pickup.

*As an Individual:*

Dr. James Gordon.

*De l'Église unie du Canada:*

La révérende Anne L. Simmonds;

Ruth Evans.

*À titre personnel:*

Gerald Chipeur.

*À titre personnel:*

Mark Pickup.

*À titre personnel:*

Le docteur James Gordon.



Y02

- 1994

E71



First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

---

SÉNAT DU CANADA

---

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# L'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

---

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

---

Wednesday, December 7, 1994

---

Le mercredi 7 décembre 1994

---

Issue No. 28

---

Fascicule n° 28

---



WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)

THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(or Berntson)

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(ou Berntson)

\* *Membres d'office*

(Quorum 3)



MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, December 7, 1994  
(43)

[Text]  
The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. in Room 505 the Honourable Senator Neiman, presiding.  
*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman.(7)  
*In attendance:* *From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.  
*Also in attendance:* The Official Reporters of the Senate  
*Other Senator Present:* The Honourable Senator Desmarais.

WITNESSES:  
*From the Anglican Church of Canada:*  
Right Reverend John A. Baycroft.  
*As an Individual:*  
Harry van Bommel.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.  
The witnesses each made a statement and answered questions.  
  
At 5:15 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*Le greffier du comité*  
Gary Levy  
*Clerk of the Committee*

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 7 décembre 1994  
(43)

[Traduction]  
Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15, dans la salle 505, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).  
*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)  
*Également présente:* *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.  
*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.  
*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

TÉMOINS:  
*De l'Église anglicane du Canada:*  
Le très révérend John A. Baycroft.  
*À titre personnel:*  
Harry van Bommel.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.  
Les témoins font chacun une déclaration et répondent aux questions.  
À 15 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.  
ATTESTÉ:

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, December 7, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Our first witness today is Reverend Baycroft. We have changed his presentation on three or four occasions because our schedule was somewhat pressed at times.

Reverend Baycroft, I want to express my gratitude to you for your forbearance. We are very happy to have you here with us today.

**The Right Reverend J.A. Baycroft, Bishop of Ottawa, Anglican Church of Canada:** Thank you very much. Being rescheduled has not caused me any inconvenience because my office is just down the street.

Thank you for the opportunity of making a contribution to your study. I am speaking for myself, the Anglican Bishop of Ottawa, however at our most recent meeting of the Canadian Anglican House of Bishops, which took place earlier this fall, I indicated that I had sent to you the joint submission of the Church of England House of Bishops and the Roman Catholic Bishops Conference of England and Wales to the House of Lords Select Committee on Medical Ethics.

I told the Canadian Anglican House of Bishops that I would verbally support the positions taken in that submission, which did not surprise them. In addition, I told them that I would express a strong Canadian Anglican opposition to the legalization of euthanasia or the decriminalization of assisted suicide in Canada.

I am a member of the Anglican Roman Catholic International Commission, and in June of this year the commission published an agreed upon statement on morals. That statement represented several years of work and study between Anglicans and Roman Catholics. The members of that commission believe that Anglicans and Roman Catholics around the world derive from the scriptures and tradition the same controlling vision of the nature and destiny of humanity and share the same fundamental moral values. The agreed statement acknowledges that there are some limited areas of difference in the teachings.

Euthanasia is an example of one of the areas where Anglican and Roman Catholics are united in their views. Around the world, amongst those who have reflected seriously on the moral issues at stake, there is a deeply rooted commitment to upholding reverence for life and refusing to be swayed by the arguments for euthanasia.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 7 décembre 1994

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15, conformément à son ordre de renvoi, en vue d'examiner les aspects juridiques, sociaux et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté, et de faire rapport sur la question.

**Le sénateur Joan Neiman** (*présidente*) occupe le fauteuil.

**La présidente:** Notre premier témoin aujourd'hui est le révérend Baycroft. Nous avons dû reporter son témoignage à trois ou quatre reprises pour tenir compte des contraintes de notre horaire parfois très chargé.

Révérend Baycroft, je tiens à vous remercier de votre patience. Nous sommes très heureux de vous avoir avec nous aujourd'hui.

**Le très révérend J.A. Baycroft, évêque d'Ottawa, Église anglicane du Canada:** Merci beaucoup. Le report de mon témoignage ne m'a pas posé de problème parce que mon bureau est tout près d'ici.

Je vous remercie de me donner la chance de participer à votre étude. Je témoigne aujourd'hui en mon nom personnel, soit à titre d'évêque de l'Église anglicane d'Ottawa; cependant, lors de la dernière réunion des évêques de l'Église anglicane du Canada, qui a eu lieu cet automne, j'ai fait savoir que je vous avais fait parvenir le mémoire conjoint des évêques de l'Église anglicane d'Angleterre et des évêques catholiques d'Angleterre et du Pays de Galles adressé à la Commission parlementaire sur l'éthique médicale de la Chambre des lords.

J'ai également précisé aux évêques de l'Église anglicane du Canada que, lors de mon témoignage, j'appuierais les positions énoncées dans ce mémoire, ce qui ne les a pas étonnés. En outre, je leur ai dit que je défendrais la position de l'Église anglicane du Canada qui s'oppose fortement à la légalisation de l'euthanasie ou à la décriminalisation du suicide assisté au Canada.

Je suis membre de la Commission internationale catholique et anglicane; en juin dernier, la Commission a publié une déclaration commune sur la morale, qui est le fruit de plusieurs années de travail et d'études menées par les anglicans et les catholiques romains. La Commission estime que les anglicans et les catholiques romains du monde entier tirent des Écritures et de la tradition la même vision de la nature et du destin de l'humanité et qu'ils partagent les mêmes valeurs morales fondamentales. Les signataires de la déclaration reconnaissent toutefois certaines différences dans les enseignements.

Pour ce qui est de l'euthanasie notamment, les anglicans et les catholiques romains partagent la même opinion. Dans le monde entier, ceux qui ont réfléchi sérieusement aux questions morales en jeu sont probablement déterminés à faire respecter le caractère sacré de la vie et refusent de se laisser influencer par les arguments en faveur de l'euthanasie.



[Texte]

I do not think that I will help you by repeating things you have heard many times before, but I do believe that it was worth coming today to underline that the opposition to any change in the law is not a sectarian opposition. It is not reactionary. It is not a narrowly supported position that has been carefully scrutinized in the light of present knowledge.

We found in that commission, as we listened to theologians and bishops from around the world talking about the situation in their country, that this seems to be one of the fundamental human values which we share. There is a wide consensus which supports the present ban on euthanasia and assisted suicide.

I would like to discuss one or two small additional points, beyond what you found in the submission to the House of Lords Commission. At the meeting of the Diocese of Ottawa synod in the Rideau Regional Centre in Smith Falls this fall, about 300 Anglicans representing 140 Anglican congregations in eastern Ontario and western Quebec devoted the better part of a day to the study of ethics. Our resource person and leader was Dr. David Roy. He has already addressed you. I can report that the kinds of things he shared with you were found to be helpful by the members of our synod. In other words, among the clergy and lay people at our synod there was a resonance with the types of things he was stating.

You have already heard from the All Saints Hospice in Ottawa, which is a part of the mission of the Anglican Diocese of Ottawa. The Anglican Church here and elsewhere has learned much from sharing in the hospice movement. This is very important in this discussion. More attention to the importance of a caring community and the provision of adequate pain control would alleviate a lot of the fears and anxieties which are swaying public opinion at present.

I urge the Senate committee to uphold vigorously the importance of the common good. This is not always a popular notion in today's individualistic society. It is important, and we would expect the Senate to have a firm grasp of this and to uphold the common good even when it requires some limitation of the right to respond to the desires of individuals.

Euthanasia cannot be a matter purely for private choice. Others have adequately pointed out the dangers of the slippery slope if we allow reverence for life to be set aside for special cases.

May I conclude this oral presentation by repeating that I support the content of the joint submission to the House of Lords. I strongly oppose any change in the law. I say this in a spirit which recognizes that church leaders do not have a right to impose moral standards on the wider public. I know we are sometimes accused of that, but that is not where I am coming from. I believe that we have a responsibility to offer contributions

[Translation]

Je ne crois pas que le fait de vous répéter des choses que vous avez entendues à maintes reprises vous aidera, mais j'estimais qu'il était important de venir ici souligner que notre opposition à tout changement à la loi n'est ni sectaire, ni réactionnaire. Notre opposition à l'euthanasie et au suicide assisté bénéficie d'un vaste appui; elle a été soigneusement étudiée à la lumière des connaissances actuelles.

Nous nous sommes rendu compte lors des délibérations de cette commission, en écoutant des théologiens et des évêques du monde entier parler de la situation dans leur pays, que la vie semble être une des valeurs humaines fondamentales que nous partageons. De nos discussions s'est dégagé un vaste consensus en faveur de l'interdiction actuelle de procéder à l'euthanasie et au suicide assisté.

J'aimerais aborder une ou deux autres questions que l'on ne trouve pas dans le mémoire présenté à la Commission parlementaire de la Chambre des lords. Lors du synode du diocèse d'Ottawa tenu au Centre régional Rideau à Smith Falls l'automne dernier, environ 300 anglicans représentant 140 congrégations anglicanes de l'Est de l'Ontario et de l'Ouest du Québec ont consacré presque une journée entière à étudier des questions d'éthique. Notre personne-ressource et animateur était le docteur David Roy. Il a déjà comparu devant votre comité. Je peux vous dire que les membres de notre synode ont beaucoup apprécié les arguments qu'il a soulevés devant les membres de votre comité. Autrement dit, tant les membres du clergé que les laïcs qui ont participé à notre synode ont endossé les mêmes positions que le docteur Roy.

Vous avez déjà entendu des témoins du *All Saints Hospice* d'Ottawa, qui fait partie de la mission du diocèse anglican d'Ottawa. Ici et ailleurs, l'Église anglicane a beaucoup appris de l'expérience vécue dans les centres d'accueil. C'est là un élément très important de la discussion en cours. Une plus grande attention à l'importance du bien-être collectif et un contrôle efficace de la douleur effaceraient nombre des peurs et des anxietés qui influencent l'opinion publique actuellement.

J'exhorte le comité sénatorial à défendre avec ardeur l'importance du bien commun, notion qui n'est pas toujours populaire dans la société individualiste d'aujourd'hui. C'est là une notion importante, et nous espérons que le Sénat la défendra fermement, qu'il soutiendra le bien commun même si, ce faisant, on doit restreindre les droits individuels.

L'euthanasie ne peut être uniquement un choix individuel. D'autres témoins ont, à juste titre, fait ressortir les dangers de s'engager sur une pente dangereuse si l'on accepte d'enfreindre le respect de la vie dans des cas particuliers.

Permettez-moi de terminer mon exposé en répétant que j'appuie le contenu du mémoire conjoint présenté à la Chambre des lords. Je m'oppose fortement à tout changement à la loi, et ce, tout en étant bien conscient que les dirigeants religieux n'ont pas le droit d'imposer des normes morales à la population dans son ensemble. Je sais qu'on nous accuse parfois de cela, mais ce n'est pas ce que je préconise. Je crois que nous avons la responsabilité d'offrir

[Text]

to those who are seeking to discern and to build a consensus in the human community on fundamental ethical and moral questions.

I applaud the Senate's leadership in this enterprise and assure you of my gratitude, good wishes and prayers for your work on behalf of Canadian society and the human family.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you very much. I read in detail the presentation you sent in. Your argument is based on your personal conviction, and also on the church's historical teachings which come from the gospel. I have no problem in subscribing to all of this, except we are left with the 3 per cent of people who do not respond to pain relief.

Also, there is another group, the AIDS patients. I would like to have your reaction to this. I apologize to my colleagues because they have heard me raise this question more than once. AIDS patients seem to have difficulty calling upon palliative care to terminate their life. We have been told not only by AIDS associations but also by medical people that it is a very dramatic end. Quite often, AIDS patients resort to assisted suicide or they commit suicide, quite often under difficult conditions. There may be others with different diagnoses who feel the same way. I still do not know what the answer is for those people.

If we take a population of 100,000, the group I am speaking about may total 300, or even 100 people, which would be one per cent. Regardless, I still cannot ignore them. What do we have to offer these people? I have no problem subscribing to the values you are talking about and to the big dilemma of common good and individual rights.

There are times when I agree with individual rights. For example, in areas of human activities where it is better to "sacrifice" for the common good because the common good is more important in terms of the consequences that may be derived from certain laws or rules that society feels they need to adopt.

Do you have any comment on how we should deal with those 100 cases; that is, 100 out of 100,000 cases?

**Mr. Baycroft:** I cannot handle your arithmetic.

**Senator Lavoie-Roux:** That figure is probably not right, but I wanted to make it as low as possible. It is not a general problem in society, however it remains a problem with some individuals.

**Mr. Baycroft:** I can handle the concept better if we say it is a problem for some individuals, rather than 100 out of 100,000.

**Senator Lavoie-Roux:** That is all right.

**Mr. Baycroft:** It strikes me as being a little high if we are talking about 3 per cent that will not respond to pain control and,

[Traduction]

notre contribution à ceux qui tentent de comprendre les choses et de constituer un consensus au sein de la collectivité humaine sur des questions éthiques et morales fondamentales.

Je félicite le Sénat de l'initiative qu'il a prise en entreprenant cette étude et je vous assure de ma gratitude, de mon appui et de mes prières pour le travail que vous faites au nom de la société canadienne et de la grande famille humaine.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Merci beaucoup. J'ai lu en détail le mémoire que vous nous avez fait parvenir. Votre argumentation est basée sur vos convictions personnelles ainsi que sur les enseignements de l'Église qui lui sont inspirés de l'Évangile. Je suis tout à fait d'accord sur tous ces points, sauf qu'on ne tient pas compte des 3 p. 100 de malades chez qui on n'arrive pas à contrôler la douleur.

Il y a aussi un autre groupe, les sidéens. J'aimerais avoir votre réaction à ce sujet. Je m'excuse auprès de mes collègues qui m'ont entendu soulever cette question plus d'une fois. Les sidéens semblent avoir de la difficulté à se prévaloir des soins palliatifs à la fin de leur vie. Non seulement les associations de défense des sidéens mais le corps médical nous ont dit que ces malades connaissaient une fin très dramatique. Assez souvent, les sidéens recourent au suicide assisté ou se suicident, et ce, dans des conditions difficiles. Il se peut très bien que d'autres malades aient le même problème. Je ne sais toujours pas quelle est la solution pour ces personnes.

Prenons une population de 100 000 personnes, le groupe dont je parle représentant peut-être un total de 300, ou même 100 personnes, ce qui correspondrait à 1 p. 100. Néanmoins, je ne peux me résoudre à les écarter. Qu'est-ce que nous avons à offrir à ces gens? Je partage tout à fait les valeurs dont vous parlez et je comprends le grave dilemme qui existe entre le bien commun et les droits individuels.

Parfois, je donne préséance aux droits individuels. Par exemple, dans des secteurs de l'activité humaine où il est préférable de «sacrifier» quelque chose au nom du bien commun parce que le bien commun est plus important au regard des conséquences de certaines lois ou de certains règlements que la société estime devoir adopter.

Est-ce que vous avez des commentaires sur la façon dont nous devrions traiter ces 100 cas, c'est-à-dire 100 sur 100 000?

**M. Baycroft:** Je ne comprends pas vos calculs.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ces chiffres ne sont probablement pas justes, mais je voulais qu'ils soient le plus bas possible. Il ne s'agit pas d'un problème pour la société en général, mais d'un problème qui ne touche qu'un petit nombre de personnes.

**M. Baycroft:** Je suis plus à l'aise avec le concept si vous dites qu'il s'agit d'un problème qui ne touche qu'un petit nombre de personnes, plutôt que 100 personnes sur 100 000.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** D'accord.

**M. Baycroft:** Le chiffre de 3 p. 100 de malades ne répondant pas au contrôle de la douleur me paraît un peu élevé; en outre, de



## [Texte]

of them, how many actually have AIDS? That complicates the matter a bit. Just one creates an ethical problem for us.

What can we do? Sometimes legislation will not solve the problem. There are some things which cannot be solved by changing the law. It is a challenge for churches and the human community, as much as it is for the Senate. How do we make palliative care akin to the hospice movement? How do we make palliative care truly available and accessible to people right across the country? At present it is only available in a few special situations.

There have only been a few instances when I have been with an AIDS patient who is close to death. I do not have a lot of experience with that because I became a bishop about ten years ago and it took me off of the front line of parish ministry.

I understand, from what I hear, that there is a great deal of importance surrounding the supporting community. For example, if parents have not been able to accept the fact that their son or daughter has been diagnosed with AIDS, this can lead to extreme alienation, and sometimes that feeling of not belonging increases the depression and desire to finish it all.

In the end, I am not saying that physicians should be required to assist in someone's suicide, however the question of suicide is something on which I do not think we have to pass a judgment in this discussion of the law surrounding euthanasia and assisted suicide.

Certainly if I were talking to the family of an AIDS patient who had committed suicide, I would be pastorally in a mode of giving comfort; that is, I would tell the family that the patient had made the decision to commit suicide and that they must respect that decision. I would tell them to ask God to forgive their loved one.

I am not being very helpful because I have in my mind that you might be thinking about changing the law, and I do not think changing the law will be of much help in these extreme cases. They need something far more than that.

I am sorry that I do not have a good answer to your question.

**Senator Lavoie-Roux:** Maybe my question was not very clear.

**Mr. Baycroft:** Because of extreme cases, it is very hard to make a generalized answer which will suit other situations. Sometimes you have to do what is best for the common good and then try to build a caring society which will alleviate the pain and walk with someone through those last days.

It may sound strange, but being with people as they die is kind of ennobling. There is something which makes you feel good about the human spirit as it copes with this kind of thing.

## [Translation]

ce nombre, combien sont des sidéens? Cela complique un peu les choses. Même s'il n'y en avait qu'un seul, cela poserait un problème d'éthique pour nous.

Que pouvons-nous faire? Il arrive parfois que la loi ne puisse régler un problème. Il y a des problèmes qui ne peuvent pas être résolus en modifiant la loi. Le défi se pose pour les dénominations religieuses et la collectivité humaine, tout autant que pour le Sénat. Comment faire en sorte que les soins palliatifs s'intègrent aux soins donnés dans les centres d'accueil? Comment rendre les soins palliatifs totalement accessibles à tous les Canadiens? Actuellement, ces soins ne sont offerts que dans quelques régions ou institutions.

J'ai eu l'occasion à quelques reprises seulement d'être en contact avec un sidéen sur le point de mourir. Je n'ai pas beaucoup d'expérience à cet égard parce que lorsque je suis devenu évêque il y a dix ans, j'ai dû abandonner le ministère paroissial de première ligne.

Je crois savoir, d'après ce que j'entends, que l'on accorde beaucoup d'importance à la communauté qui appuie les sidéens. Par exemple, si les parents ne sont pas capables d'accepter le fait que leur fils ou leur fille soit atteint du sida, cela peut provoquer un problème aigu et parfois le sentiment de rejet accroît la dépression et le désir d'en finir.

Tout compte fait, je ne dis pas que les médecins devraient être tenus d'aider quelqu'un à se suicider; cependant, le suicide, à mon avis, n'est pas une question que nous devons juger au cours de cette discussion sur la loi entourant l'euthanasie et le suicide assisté.

Bien sûr, si je parlais à la famille d'un sidéen qui s'est suicidé, en tant que pasteur, je tenterais de la réconforter; c'est-à-dire que je dirais à la famille que le patient a pris la décision de se suicider et qu'elle doit respecter cette décision. Je lui dirais de demander à Dieu de pardonner à cet être qui lui est cher.

Ma réponse ne vous éclaire pas beaucoup parce que, d'après ce que je vois, vous songez peut-être à changer la loi, et je ne crois pas que le fait de changer la loi sera d'une très grande utilité dans ces cas extrêmes. On a besoin de beaucoup plus.

Je suis désolé de ne pas avoir bien répondu à votre question.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Peut-être ma question n'était-elle pas très claire.

**M. Baycroft:** Compte tenu des cas extrêmes, il est très difficile de donner une réponse générale qui convient à toutes les situations. Parfois, il faut faire ce qui permettra le mieux d'assurer le bien commun et essayer ensuite d'édifier une société ayant à cœur le bien-être collectif de façon à atténuer la douleur des malades en phase terminale et de les accompagner pendant les derniers jours de leur vie.

Cela vous paraîtra peut-être étrange, mais le fait d'accompagner quelqu'un à l'heure de sa mort a quelque chose d'ennoblissant. Dans une certaine mesure, l'être humain dans une telle situation vous rassure sur ses capacités.

## [Text]

**Senator Carstairs:** We have spent a great deal of time discussing the common good versus the individual right. When I taught religion and tried to make young people understand the commandments in a less formal structure, I explained that although we have some individual rights, we do not have the right to hurt another person. That gets into a discussion of the common good; for example, you cannot cry "fire" in a crowded theatre because there will obviously be a stampede. Therefore, freedom of speech must be controlled because of the danger to other people which would result from speaking out in such a manner.

If a person chooses to be euthanized, or to have an assisted suicide, and they have made that decision with the support and encouragement of their families, how does that impinge upon the common good?

**Mr. Baycroft:** Again you are pushing it to a limit. I am not sure that you could put adequate safeguards in the law to ensure that only those cases got through. However, setting that aside, I believe that my life is part of the whole of human life, that it is not simply my individual possession. Not only am I required to respect the lives of other people, but my respect for my life is indivisible from my respect for the lives of others.

If I set an example by abandoning my will to live, should I be depressed enough and should things get tough enough, there is a danger that that will weaken the thresholds and undermine the commitment of others, particularly the vulnerable in society.

You do not look convinced.

**Senator Carstairs:** It is not a matter of convincing me, because we have heard that argument before. Clearly, the vulnerable must be protected no matter what is decided, because they cannot give consent. That is a whole different issue.

I am talking about the consensual adult with intractable pain, the 3 to 5 per cent of cases about which Senator Lavoie-Roux spoke. I am talking about those people who have decided that there is no dignity left in their lives, that they do not want other people to have to look after their every bodily need because they are incapable of looking after those needs themselves, that they simply do not want to live that way.

What do we say to those people? Do we say that they must continue to live that way because there is a common good that must be preserved and that their individual right must therefore be denied?

**Mr. Baycroft:** The House of Lords said that it believes that the message which society sends to the vulnerable and disadvantaged people should not, however obliquely, encourage them to seek death but should assure them of our care and support in life. That is the danger to which I was referring.

## [Traduction]

**Le sénateur Carstairs:** Nous avons consacré beaucoup de temps à discuter du bien commun par opposition aux droits individuels. Lorsque j'enseignais la religion et que j'essayais de faire comprendre les commandements aux jeunes en les situant dans une structure moins formelle, je leur expliquais que bien qu'on ait des droits individuels, on n'a pas le droit de blesser une autre personne, ce qui revient à discuter du bien commun; par exemple, on n'a pas le droit de crier «Au feu!» dans un théâtre bondé parce que de toute évidence, cela provoquerait de la panique. Par conséquent, la liberté d'expression doit être contrôlée à cause du danger qu'elle pourrait représenter pour les autres.

Si une personne choisit d'être euthanasiée, ou opte pour le suicide assisté, et qu'elle prend cette décision avec l'appui et l'encouragement de sa famille, en quoi cela empiète-t-il sur le bien commun?

**M. Baycroft:** Là encore, vous poussez les choses à l'extrême. Je ne suis pas certain que l'on pourrait inscrire des garanties suffisantes dans la loi pour s'assurer que l'euthanasie et le suicide assisté soient permis dans ces seuls cas. Cependant, cela mis à part, je crois que ma vie fait partie de l'ensemble de la vie humaine, qu'elle n'est pas ma seule possession. Je suis tenu de respecter la vie des autres et, en plus, le respect de ma vie est indissociable du respect de la vie des autres.

Si l'exemple que je donne est de renoncer à mon désir de vivre, en supposant que je sois très déprimé et que les choses soient très difficiles pour moi, je risque d'ébranler les convictions et l'engagement des autres, particulièrement des éléments vulnérables de la société.

Vous n'avez pas l'air convaincue.

**Le sénateur Carstairs:** Il ne s'agit pas de me convaincre parce que nous avons entendu cet argument auparavant. De toute évidence, les éléments vulnérables de la société doivent être protégés peu importe la décision qui sera prise, parce qu'ils ne peuvent donner leur consentement. C'est là une question tout à fait différente.

Je parle ici de l'adulte consentant qui endure une douleur extrême, je pense aux 3 à 5 p. 100 de malades dont a parlé le sénateur Lavoie-Roux. Je parle de ces gens qui ont décidé que leur vie n'était plus digne d'être vécue, qui ne veulent pas que d'autres personnes s'occupent de leurs moindres besoins corporels parce qu'ils sont incapables de le faire eux-mêmes, qui ne veulent tout simplement pas vivre de cette façon.

Qu'est-ce qu'on dit à ces personnes? Est-ce qu'on leur dit qu'elles doivent continuer à vivre de cette façon parce qu'il faut préserver le bien commun et qu'elles doivent donc renoncer à leurs droits individuels?

**M. Baycroft:** La Chambre des lords a déclaré qu'à son avis, le message qu'envoie la société aux personnes vulnérables et désavantagées ne devrait pas, même indirectement, faire en sorte de les encourager à demander la mort, mais qu'il faudrait plutôt les assurer de nos soins et de notre appui dans cette vie. C'est là le danger dont je parlais.



## [Texte]

If those people do not have any friends who care for them, it is difficult to know who will say anything to them which will be of help. I do not know how you would persuade them that life is worth living if they really want to end it, but whether that gives them the right to require that someone kill them is a different matter. Does the fact that my life is well nigh intolerable give me the right to require someone else to do something which is fundamentally contrary to our overall value system in which we are opposed to taking life?

Something you said in describing that situation worried me a little. I am not saying that we have to take every extraordinary means available to us. When I was in a parish priest, I had to deal with families on the difficult question of at what point you should tell the medical people to stop taking extraordinary measures. The church has no difficulty with allowing people to die when the time comes for them to do so. People should not be prevented from dying by a lot of extraordinary measures.

The problem is more that people are afraid of where they might end up. It is not that at this moment life is impossible for them; it is that they fear that they might not be able to cope with what comes next.

You know more than I do about pain control, but I do know that it is not available to everyone everywhere. People are very frightened when they hear that pain medication is of no help to certain people, or that doctors will not give pain medication to certain people because they might become drug addicts.

**Senator Beaudoin:** Your submission ends:

May I conclude by repeating that I support the content of the Joint Submission to the House of Lords which I sent to you in June and strongly oppose any change in the law.

Are you talking about the change in the Criminal Code in respect of two points: that is, assisted suicide and euthanasia, or everything?

**Mr. Baycroft:** I am not saying that all law should forever stay the same. I am just talking about euthanasia and assisted suicide.

**Senator Beaudoin:** As it is now in the Criminal Code of Canada?

**Mr. Baycroft:** As I understand it to be.

**Senator Beaudoin:** Yes. It is always subject to interpretation by the courts, but we have in the Criminal Code of Canada now an enactment on assisted suicide and euthanasia as such.

You would not object to legislation, at either the federal or provincial level, on withdrawal of instruments, refusal of treatment, the double effect doctrine and the question of living

## [Translation]

Si ces gens n'ont pas d'amis qui s'occupent d'eux, il est difficile de savoir qui leur parlera de façon à leur venir en aide. Je ne sais pas comment on les persuaderait que la vie vaut la peine d'être vécue s'ils veulent vraiment y mettre un terme, mais quant à savoir si cela leur donne le droit d'exiger que quelqu'un les tue, c'est là une autre question. Est-ce que le fait que ma vie est pratiquement intolérable me donne le droit d'exiger que quelqu'un d'autre agisse de façon fondamentalement contraire à notre système général de valeurs au sein duquel on s'oppose au fait d'enlever la vie à quelqu'un?

Quand vous avez décrit cette situation, il y a quelque chose qui m'a un peu inquiété. Je ne dis pas que nous devons prendre tous les moyens extraordinaires mis à notre disposition pour prolonger la vie. Lorsque j'étais prêtre dans une paroisse, j'ai dû avec des familles aborder la difficile question de savoir à quel moment il faut dire au personnel médical de cesser de prendre des mesures extraordinaires. L'Église ne s'oppose pas au fait de permettre aux gens de mourir quand le moment est venu. On ne devrait pas empêcher les gens de mourir en prenant de très nombreuses mesures extraordinaires pour leur prolonger la vie.

Le problème, c'est plus que les gens ont peur de ce qui les attend. Ce n'est pas qu'au moment présent, la vie est impossible pour eux, c'est qu'ils ont peur de ne pas être capables de composer avec ce qui les attend.

Vous en connaissez plus que moi au sujet du contrôle de la douleur, mais je sais pertinemment que de telles mesures ne sont pas accessibles à tout le monde et partout. Les gens ont très peur lorsqu'ils entendent dire que les médicaments contre la douleur n'aident pas tout le monde, ou que les médecins refusent de donner de tels médicaments à certaines personnes parce qu'elles risquent de s'y habituer.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous dites ceci à la fin de votre exposé:

Permettez-moi de terminer ce témoignage en répétant que j'appuie le contenu du mémoire conjoint présenté à la Chambre des lords que je vous ai fait parvenir en juin et que je m'oppose fortement à tout changement à la loi.

Est-ce que vous parlez de la modification au Code criminel concernant deux éléments, c'est-à-dire le suicide assisté et l'euthanasie, ou si vous englobez tout?

**M. Baycroft:** Je ne dis pas qu'on ne devrait jamais modifier les lois. Je parle seulement de l'euthanasie et du suicide assisté.

**Le sénateur Beaudoin:** Tel que cela est actuellement prévu dans le Code criminel du Canada?

**M. Baycroft:** D'après ce que j'en comprends, oui.

**Le sénateur Beaudoin:** Très bien. Il est vrai qu'elle est toujours assujettie à l'interprétation des tribunaux, mais le Code criminel du Canada renferme à présent une disposition sur le suicide assisté et l'euthanasie en tant que telle.

Vous ne seriez pas contre l'adoption d'une loi, fédérale ou provinciale, sur le débranchement d'un appareil, le refus d'un traitement, la doctrine du double effet et la question des

[Text]

wills; is that correct? In some provinces there is legislation on living wills. Of course, a living will would have some effect in the case of euthanasia only if euthanasia is legal. If it is not legal, that is the end of it. In other cases, the living will may be quite valid and effective.

It may be that in Canada we should legislate in the field of withdrawal of instruments and refusal of treatment because the law is not clear in all cases. In some cases, it is just that a court of law has come to the conclusion that it is not contravening the law, but my reflex as a jurist is that it is so important that perhaps we should legislate in the field of withdrawal of instruments and everything that is artificial.

What is your reaction to that?

**Mr. Baycroft:** I was not prepared for the question, but I will give you a reaction. I did not think there was a need for legislation surrounding the withdrawal of life support systems, for example, because I did not think that any doctor who made that decision in consultation with the patient, or with the patient's family, was at any risk. I asked someone about this and was told that in the few cases which have gone to court the doctor has always been vindicated. Hence, it is not necessary to write legislation to take care of that because it is not a problem.

If doctors were saying that they are doing more than they should be in the way of extraordinary treatment because they are afraid of getting sued if they stop treatment, then perhaps it would be necessary. However, on the other hand, perhaps we need to educate people to think differently about it.

**Senator Beaudoin:** My inclination at this stage is that it would be good to legislate because a doctor, nurse or anyone else connected with life and death may be afraid of doing something, even if it is accepted by the jurisprudence. They ask people to sign certain documents in hospitals. My impression at this stage is that we should improve the clarity of the law. In many cases, that should be done by legislation. We may distinguish between this and that, but I still believe that legislation would be a good thing just to remove some people's fears because people are afraid of being persecuted for doing the wrong thing.

It may even happen in the case of withdrawal of instruments, and we all agree that it may be done because the person is kept living artificially.

**Mr. Baycroft:** I think that that is more of a problem for you than for the church. I would not see that there was a big ethical question at stake here.

However, I am not so sure about the living wills. At one point, I supported living wills. We were actually distributing them amongst parishioners. I have become more nervous about what that might be doing in terms of increasing anxieties and putting ideas into people's heads. I am not sure that it is as great an educational tool as we once thought it was. Again, that would

[Traduction]

testaments biologiques, n'est-ce pas? Certaines provinces ont légiféré en matière de testament biologique. Bien sûr, un testament biologique ne serait valable dans un cas d'euthanasie que si l'euthanasie était légale. Si tel n'est pas le cas, le testament biologique ne sert plus à rien. Dans d'autres cas, le testament biologique peut être valide et efficace.

Peut-être au Canada devrions-nous légiférer en ce qui a trait au débranchement des appareils et au refus de traitement parce que la loi n'est pas claire dans tous les cas. Dans certains cas, un tribunal est simplement arrivé à la conclusion qu'une telle pratique ne contrevient pas à la loi, mais le réflexe que j'ai en tant que juriste, c'est que cette question est tellement importante que peut-être nous devrions légiférer en ce qui concerne le débranchement des appareils et toutes les mesures de maintien en vie de façon artificielle.

Qu'en pensez-vous?

**M. Baycroft:** Je ne m'attendais pas à cette question, mais je vais vous dire ce que je pense. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de légiférer sur le retrait des systèmes d'assistance cardiorespiratoire, par exemple, parce que je ne crois pas que le médecin qui a pris une telle décision de concert avec le patient ou la famille du patient coure un risque quelconque. J'ai posé la question à quelqu'un et on m'a dit que dans les rares cas qui ont été portés devant les tribunaux, le médecin avait toujours été acquitté. Il n'est donc pas nécessaire de présenter une loi sur ce sujet parce que cela ne cause pas problème.

Si les médecins disaient qu'ils administrent plus de traitements extraordinaires que nécessaire parce qu'ils ont peur de se faire poursuivre s'ils cessent de traiter un malade, peut-être alors serait-il nécessaire de légiférer. Par ailleurs, peut-être nous faudra-t-il informer les gens et les amener à penser différemment.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai tendance, à ce moment-ci, à penser qu'il serait bon de légiférer parce qu'un médecin, une infirmière ou n'importe qui d'autre qui a la vie d'un patient entre les mains pourrait avoir peur de faire quelque chose, même si c'est accepté dans la jurisprudence. On demande aux gens de signer des documents dans les hôpitaux. Ce que je pense, c'est que l'on devrait clarifier la loi. Dans bien des cas, il faudrait procéder par voie législative. Nous pourrions faire une distinction entre ceci et cela, mais je crois toujours qu'il serait bon de légiférer tout simplement pour rassurer les gens qui ont peur d'être poursuivis en justice et d'être accusés d'avoir pris la mauvaise décision.

Cela pourrait même se produire dans le cas d'un débranchement d'appareil, et nous reconnaissons tous que cela peut arriver parce que la personne est tenue en vie artificiellement.

**M. Baycroft:** Je crois que cela est davantage un problème pour vous que pour l'Église. Je ne crois pas qu'il s'agisse là d'une grande question d'éthique.

Cependant, je ne suis pas aussi certain au sujet des testaments biologiques. À un moment donné, j'étais en faveur des testaments biologiques. Nous les distribuions même à nos paroissiens. Maintenant, je m'inquiète des répercussions que peut avoir le testament biologique, à savoir qu'il peut rendre les gens plus anxieux et leur mettre toutes sortes d'idées dans la tête. Je ne suis



[Texte]

need some study. If an individual is capable of making good decisions about his or her future, why not? It is tricky to legislate for living wills.

**Senator Lavoie-Roux:** What about the freedom of choice to have a living will? It would not be obligatory. I sense that some people would become quite anxious.

**Senator Beaudoin:** It is not my intention to force people to make wills. Under the legal system of Canada, nobody is under any obligation to make a living will. However, I think that we should perhaps encourage legislation in all the provinces, because it is not yet in every province.

Your answer is quite clear. It is a question of whether you decide in certain areas or in all areas. The rest is just a question of legal technicality. That is not the problem here.

**Mr. Baycroft:** The living will is a really tricky one.

**Senator Beaudoin:** It worries you to a certain extent; am I correct?

**Mr. Baycroft:** It is not the existence of it that worries me, but the impact in today's society of actually proposing it.

I just read a report which deals with another issue. The third recommendation states that we should be careful to distinguish between a provision for something to be done and an actual recommendation that it be done. Some people considered a provision to be a recommendation. In making a provision in the legislation, responsible people will get around to doing it whereas those who are carefree and careless will not get around to doing it. I am just a little bit worried about that aspect of the living will. It might be increasing people's anxieties about how they meet their end.

**Senator Beaudoin:** Now I see the point, and perhaps it is the same point that was raised by my colleague Senator Lavoie-Roux. It obviously should not be mandatory under any circumstances. Nobody is under any obligation to make a will. Making a will may be a very good thing to do, but that is another thing.

**The Chairman:** I may be totally wrong about this, Senator Beaudoin, but I have a feeling that the Ontario legislation which is to come into force requires advanced directives; am I correct?

**Senator Keon:** No, but many of the institutions are requesting it.

**The Chairman:** In some hospitals, there is often a lot of forceful persuasion or pressure to make someone sign a directive when they go in. It is very difficult for the patients or their families to start thinking about things like that at that point in time.

[Translation]

pas sûr que le testament biologique soit un outil d'éducation aussi important qu'on l'a déjà cru. Là encore, la question mérite d'être étudiée. Si une personne est capable de prendre de bonnes décisions au sujet de son avenir, pourquoi pas? C'est délicat d'adopter une loi sur les testaments biologiques.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Mais que dire de la liberté de choix d'avoir un testament biologique? Il ne serait pas obligatoire. J'ai l'impression que certaines personnes deviendraient très anxieuses.

**Le sénateur Beaudoin:** Je n'ai pas l'intention d'obliger les gens à faire un testament. Selon le système judiciaire du Canada, personne n'est obligé de faire un testament biologique. Cependant, je pense que nous devrions peut-être favoriser l'adoption d'une loi dans toutes les provinces parce que ce n'est pas le cas partout.

Votre réponse est assez claire. Il s'agit de savoir si l'on légifère dans certains domaines ou dans tous les domaines. Le reste est tout simplement une question de détails juridiques. Là n'est pas le problème.

**M. Baycroft:** Le testament biologique est vraiment une question très délicate.

**Le sénateur Beaudoin:** Cela vous inquiète jusqu'à un certain point, n'est-ce pas?

**M. Baycroft:** Ce n'est pas l'existence du testament comme tel qui m'inquiète, mais de voir quel impact le fait de le proposer aurait sur la société d'aujourd'hui.

Je viens de lire un rapport qui porte sur une autre question. La troisième recommandation invite à la prudence et nous demande d'établir une distinction entre une disposition prévoyant qu'une chose soit faite et une recommandation en ce sens. Certaines personnes considèrent qu'une disposition est une recommandation. Si une disposition est prévue dans la loi, les personnes responsables vont réussir à faire la chose en question alors que celles qui sont négligentes n'y parviendront pas. Je suis un petit peu inquiet au sujet de cet aspect du testament biologique, qui risque d'accroître l'anxiété des gens au sujet de la fin de leur vie.

**Le sénateur Beaudoin:** Je vois maintenant ce que vous voulez dire, et c'est peut-être le même élément qu'a soulevé ma collègue, le sénateur Lavoie-Roux. De toute évidence, peu importe les circonstances, le testament biologique ne devrait pas être obligatoire. Personne n'est obligé de faire un testament. Le fait d'en faire un est une très bonne chose, mais ça, c'est une autre question.

**La présidente:** Je me trompe peut-être carrément, sénateur Beaudoin, mais j'ai l'impression que la loi ontarienne, qui doit entrer en vigueur, nécessite des directives préalables, est-ce exact?

**Le sénateur Keon:** Non, mais beaucoup d'établissements de santé l'exigent.

**La présidente:** Dans certains hôpitaux, on exerce souvent beaucoup de pressions pour que les gens signent une directive préalable lorsqu'ils entrent à l'hôpital. Il est très difficile pour les patients ou leur famille de commencer à penser à ces choses à ce moment-là.

## [Text]

**Senator Beaudoin:** This is exactly the reason why, in my opinion, we need legislation. People are afraid of prosecutions and because of this they ask people to sign a document respecting liability in advance.

Whether we extend that legislation to the Criminal Code or the provincial laws is another thing. That is our problem. I still think that it is probably the best thing to do, but as you say, the main decision is whether we agree with this or that.

**Senator DeWare:** My questions were also about the living wills. That was one of my main concerns. I have asked many witnesses if they felt they were legal, even some of our legal experts. I asked the Canadian Medical Association if they approved of them or how they felt about living wills and proxies, and they said that they welcomed them. I asked some pastoral caregivers, and they thought that it would be of help to them if they knew the patient's wishes should certain conditions become a reality.

You say that where advanced directives exist, they can only be advisory, and that they should not contain requests for action which are outside the law. What is outside the law? Has a person the right to say in his or her living will or proxy, "If I am in an accident or have a problem, I do not want to be resuscitated and I do not want to be kept on life support systems"? Is that outside the law?

There are going to be problems with determining what an advance directive means and whether or not it is legal. We have to protect the people who believe that their living will is a directive to the doctors and their families of what they want. Are you saying that you do not feel that their request could be outside the law?

**Mr. Baycroft:** Yes. At the present time, a request for euthanasia or assisted suicide would be outside the law. It is of no value to tell people that they can include in their living wills advance directives which are illegal.

**Senator DeWare:** If I were diagnosed with cancer, and my doctor told me that chemotherapy may or may not help my condition, and I said, "No, thank you, I do not want any help," am I committing a crime?

**Mr. Baycroft:** I would say that you are committing neither a crime nor a sin. I do not think there is anything the church could say about that.

**Senator DeWare:** I am withholding then, I suppose, supplementary assistance to myself. What is the difference between that and saying, "Do not keep me on life-saving support?" If they take away life support systems, are they committing euthanasia?

## [Traduction]

**Le sénateur Beaudoin:** C'est exactement pourquoi, à mon avis, nous avons besoin d'une loi. Les gens ont peur d'être poursuivis et à cause de cela, ils demandent à l'avance aux malades de signer un document les dégageant de certaines responsabilités.

Quant à savoir si l'on doit modifier le Code criminel ou les lois provinciales, c'est autre chose. C'est notre problème. Je crois quand même que c'est probablement la meilleure chose à faire, mais comme vous dites, le plus important consiste à savoir sur quoi nous sommes d'accord.

**Le sénateur DeWare:** Mes questions portent aussi sur le testament biologique. C'est l'une de mes principales préoccupations. J'ai demandé à beaucoup de témoins si à leur avis le testament biologique était légal, même à certains de nos spécialistes juridiques. J'ai demandé aux représentants de l'Association médicale canadienne s'ils approuvaient ce type de testament ou comment ils percevaient le testament biologique et les procurations, et ils ont dit qu'ils étaient tout à fait d'accord. J'ai demandé à certains pasteurs, qui ont répondu qu'il leur serait utile de connaître les volontés du patient si certaines situations prévisibles devaient se matérialiser.

Vous dites que les directives préalables ne peuvent avoir qu'une valeur consultative et qu'elles ne devraient pas renfermer des exigences contraires à la loi. Qu'est-ce qui est contraire à la loi? Une personne a-t-elle le droit de dire dans son testament biologique ou dans sa procuration: «Si j'ai un accident ou que j'ai un problème, je ne veux pas être réanimée et je ne veux pas être gardée en vie à l'aide d'un système cardiorespiratoire?» Est-ce que cela est contraire à la loi?

Il va être difficile de déterminer le sens d'une directive préalable et de dire si elle est légale ou non. Il faut protéger les gens qui croient que leur testament biologique est une directive donnée aux médecins et à leur famille au sujet de leurs désirs. Est-ce que vous voulez dire que vous n'estimez pas que leur demande pourrait être contraire à la loi?

**M. Baycroft:** Oui. Actuellement, une demande d'euthanasie ou de suicide assisté serait contraire à la loi. Il ne sert à rien de dire aux gens qu'ils peuvent inclure dans leur testament biologique des directives préalables qui sont illégales.

**Le sénateur DeWare:** Si on me disait que j'ai un cancer, et que mon médecin me précisait que la chimiothérapie pourrait peut-être m'aider, et que je disais: «Non, merci, je ne veux pas d'aide», est-ce que je commettrais un crime?

**M. Baycroft:** Je dirais que vous ne commettez ni un crime ni un péché. Je ne crois pas que l'Église ait quoi que ce soit à dire là-dessus.

**Le sénateur DeWare:** Ainsi, je refuse, je suppose, l'aide supplémentaire qu'on pourrait m'accorder. Quelle est la différence entre cela et le fait de dire: «Ne me gardez pas en vie à l'aide d'un système cardiorespiratoire?» Si le personnel médical débranche le système, commet-il un acte d'euthanasie?



[Texte]

**Mr. Baycroft:** I do not believe that removing a life support system translates into euthanasia. If the patient is going to die, then you are just letting nature take its course. You are not killing someone.

**Senator DeWare:** That patient would die a natural death, as did many people years ago. We are now keeping people alive a lot longer than some should.

**Senator Corbin:** Your Grace, on this very same issue, in paragraph 11 of the Joint Submission from the Church of England and House of Bishops and the Roman Catholic Bishops' Conference of England and Wales to the House of Lords Select Committee on Medical Ethics, the statement is made that the right of personal autonomy cannot demand action on the part of another. It goes on to say that patients cannot and should not be able to demand that doctors collaborate in bringing about their deaths, which is intrinsically legal or wrong.

The part of that statement which I should like you to address is the one that says the right of personal autonomy cannot demand action on the part of another. What underlies this view?

**Mr. Baycroft:** I think it is this question about whether the rights of an individual possibly carries with them the right to coerce someone else at the cost of their conscience or rights. If a doctor is prevented by law and by conscience from killing someone, you cannot put a doctor in the position of saying that the patient can demand that of a doctor. I would think that our present legislation does not give the doctor the right to do that even if the doctor wanted to do it. You cannot force someone.

One of the reasons I was attracted to this particular document was because it was so short. There are a lot of discussion papers that are extremely long, and the difficulty lies in the fact that it becomes too compressed to be clear at times.

**Senator Corbin:** There are other matters which been raised by my colleagues that I had intended to touch upon. Hence, my questions have been answered on those issues.

Have you read the Lords report?

**Mr. Baycroft:** Just the final part of it.

**Senator Corbin:** What would be your view on the current practice of euthanasia in the Netherlands? Are you familiar with the practice?

**Mr. Baycroft:** My knowledge is from newspaper accounts only. I have no direct knowledge of it. I would not want to accuse that society of having disintegrated or being totally morally corrupt or anything like that. To me, it represents taking two or three more steps in the direction of confusing individual desires with human rights. That may be putting it too strongly, but we are almost getting to the point where we are confusing an individual's desires with his or her rights, and we seem to be saying that if society can tolerate an individual making that decision, then society should be encouraged to tolerate that individual making that decision. You eventually get to the point where society will become so fragmented and there will be so

[Translation]

**M. Baycroft:** Je ne crois pas qu'une telle décision équivaille à de l'euthanasie. Si le patient doit mourir, on laisse simplement la nature suivre son cours. On ne tue pas quelqu'un.

**Le sénateur DeWare:** Le patient mourrait de mort naturelle, comme c'était le cas de beaucoup de gens auparavant. Nous gardons aujourd'hui des gens en vie beaucoup plus longtemps qu'on ne le devrait.

**Le sénateur Corbin:** Monseigneur, à propos de la même question, au paragraphe 11 du mémoire conjoint présenté à la Commission parlementaire de la Chambre des lords sur l'éthique médicale, on dit que le droit à l'autonomie personnelle ne permet pas d'exiger des actes de la part d'un tiers. On dit ensuite que les patients ne peuvent pas et ne devraient pas pouvoir exiger des médecins qu'ils facilitent leur mort, ce qui est intrinsèquement illégal ou immoral.

J'aimerais que vous nous fassiez part de vos commentaires sur l'énoncé qui dit que le droit à l'autonomie personnelle ne permet pas d'exiger des actes de la part d'un tiers. Qu'est-ce qui sous-tend cette opinion?

**M. Baycroft:** Je crois qu'il s'agit de savoir si les droits d'un individu impliquent d'obliger quelqu'un à faire quelque chose même si sa conscience le lui interdit ou au détriment de ses droits. Si la loi et la conscience d'un médecin lui interdisent de tuer, on ne peut le mettre en situation de dire que le patient peut exiger cela de lui. Je crois que la loi actuelle ne donne pas au médecin le droit de faire cela, même s'il le voulait. On ne peut forcer quelqu'un.

L'une des raisons pour lesquelles je me suis intéressé à ce document, c'est qu'il est très court. On a beaucoup de documents de travail qui sont extrêmement longs et qui sont parfois difficiles à comprendre parce qu'ils sont trop volumineux pour être précis.

**Le sénateur Corbin:** Mes collègues ont soulevé d'autres questions que j'avais l'intention d'aborder, ce qui fait qu'on y a répondu.

Avez-vous lu le rapport des lords?

**M. Baycroft:** Seulement la fin.

**Le sénateur Corbin:** Que pensez-vous de la pratique actuelle de l'euthanasie aux Pays-Bas? Est-ce que vous la connaissez bien?

**M. Baycroft:** Ce que j'en connais, je l'ai lu dans les journaux uniquement. Je n'ai pas une connaissance directe de la situation. Je ne voudrais pas accuser cette société de s'être désintégrée ou d'être totalement corrompue sur le plan moral ou autre. Pour moi, cette société a oeuvré dans le sens de confondre les désirs de l'individu et les droits humains. Je suis peut-être trop dur, mais nous en sommes presque rendus au point où nous confondons les désirs de l'individu et ses droits, et on semble dire que si la société peut tolérer qu'un individu prenne cette décision, alors la société devrait être encouragée à tolérer une telle confusion. On finira par arriver à un point où la société deviendra tellement fragmentée et aliénée qu'elle s'effondrera.

[Text]

much alienation of one from another that society will become unstuck.

I really worry about the direction society is going in. I should not be saying this because you will think I am paranoid, but it is my fear that if society becomes fragmented to a certain point, there will be a fascist reaction to that fragmentation. That is what terrifies me. There is such alienation in society. We have a society in which people are earning Ph.Ds in individual rights without having reached kindergarten with respect to the social good or the common good. Things are sadly out of whack. Balance must be restored. The tragedy is that we cannot have those human rights without belonging to a community and without society. We will demolish the very thing we are looking for unless we can have a much greater sense of being persons in a community, not merely isolated individuals making purely private choices. There must be some sense of the corporate and communal nature of the society to which we belong.

**Senator Beaudoin:** It is possible to have both, is it not?

**Mr. Baycroft:** Exactly.

**Senator Beaudoin:** I hope it is possible.

**Mr. Baycroft:** You cannot have one without the other. If you swing all the way in one direction, you will lose both sides.

**Senator Corbin:** To a degree, it is possible to have both. However, at a certain stage, you reach a breaking point.

I like what you said. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you very much for being with us today, Mr. Baycroft.

**Mr. Baycroft:** It has been a privilege to be with you, and thank you for what you are doing.

**Senator Thérèse Lavoie-Roux** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

**The Deputy Chairman:** Our second witness is Mr. Harry van Bommel.

We want to welcome you and thank you for appearing before the committee. I will ask you to address the members of the committee.

**Mr. Harry van Bommel:** Honourable senators, some of you have received copies of my written materials — my books, as well as this brief, I hope. Rather than go through all the points in my brief, therefore, I will simply highlight specific parts for you.

As a teacher, I rarely speak from a script. This is a new experience. I should like to start from the summary on page 1.

I believe that euthanasia is a response to health care systems that have not worked well for people who are dying. We need to combine good, old-fashioned care with modern pain and symptom control methods, and that is what hospice care is or should be.

[Traduction]

Je m'inquiète vraiment de la direction que prend actuellement la société. Je ne devrais pas dire cela parce que vous allez croire que je suis paranoïaque, mais je crains que si la société devient fragmentée à ce point, cela aura pour effet de réanimer le fascisme. C'est ce qui me fait peur. Il y a tellement d'aliénation dans la société. Nous vivons dans une société au sein de laquelle des gens deviennent des champions des droits individuels sans aucun égard pour le bien-être social ou le bien commun. Tout est détraqué. Il faut rétablir l'équilibre. Le drame, c'est que nous ne pouvons exercer nos droits humains sans appartenir à une communauté et sans la société. Nous allons détruire cela même que nous cherchons à obtenir à moins d'avoir un beaucoup plus grand sens d'appartenance à la communauté et de ne pas se percevoir comme des individus isolés qui font essentiellement des choix individuels. Il faut avoir un certain sens du caractère collectif de la société à laquelle nous appartenons.

**Le sénateur Beaudoin:** C'est possible d'avoir les deux, n'est-ce pas?

**M. Baycroft:** Exactement.

**Le sénateur Beaudoin:** J'espère que cela est possible.

**M. Baycroft:** On ne peut pas avoir l'un sans l'autre. Si vous vous rangez complètement dans une direction, vous allez perdre des deux côtés.

**Le sénateur Corbin:** Dans une certaine mesure, c'est possible d'avoir les deux. Cependant, à un moment donné, vous atteignez un point de rupture.

Ce que vous avez dit me plaît. Merci beaucoup.

**La présidente:** Merci beaucoup d'avoir été avec nous aujourd'hui, révérend Baycroft.

**M. Baycroft:** Cela a été un privilège pour moi; je vous remercie de ce que vous faites.

**Le sénateur Lavoie-Roux** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

**La vice-présidente:** Notre second témoin est M. Harry van Bommel.

Nous vous souhaitons la bienvenue et nous vous remercions de comparaître devant le comité. Je vous cède maintenant la parole.

**M. Harry van Bommel:** Honorables sénateurs, certains d'entre vous ont reçu, j'espère, un exemplaire de mes documents, soit mes livres, de même que ce mémoire. Au lieu de vous le lire au complet, je vais simplement en faire ressortir quelques éléments précis.

En tant qu'enseignant, je parle rarement à l'aide d'un texte. C'est une expérience nouvelle. Je commence par le résumé de la page 1.

Je crois que l'euthanasie est la solution que l'on propose du fait que les systèmes de soins de santé n'ont pas su aider les gens qui sont à la dernière étape de leur vie. Il faut combiner de bons soins traditionnels et des méthodes modernes de contrôle de la douleur.



## [Texte]

At issue are the desperate needs of people who have a terminal or life-threatening illness. The spirit and knowledge of palliative care, through informal and formal programs, can meet those needs.

People need physical, emotional, spiritual and informational supports. We must combine care with cure in our modern health care system so that people feel supported throughout their lives and up to their deaths. We must concentrate on the people who need our care and support.

I believe the slippery slope does exist and is creating great risks for people who are dying and for other vulnerable people in Canada. I believe we are already part way down that slope and that many people already die too soon.

The question has been asked, "Whose body is it anyway?" In my mind, the correct question should be, "Will my assisted death diminish the value of someone else's life?" If the answer is "yes", which in my opinion it invariably is, then my responsibilities to those people is not to put them at greater risk to meet my own personal desires or needs. It is a simple answer, not an easy one.

In my opinion, the questions should be, "What other supports do I need to continue to live as fully and richly as possible? How can I use my energy and determination to get those supports for myself and for other vulnerable people?"

If we are not willing personally to provide loving support — perhaps through the hospice of care — to people who are dying, then I believe we cannot delegate our human responsibility to these people with a euthanasia law that will allow others to kill them on our behalf.

My brief is divided into seven parts: introduction; some definitional questions; some specific questions to you as a committee; some issues in palliative care; some rarely questioned assumptions that I believe need to be addressed; some examination of the slippery slope and supposed safeguards that people recommend; and my own recommendations and conclusions. There are also two appendices. The first is a collection of quotes from articles that look at how society devalues vulnerable people. The second is a selection of highlights and comments from people who have appeared before you up to and including July 6th.

The main question for this committee is whether or not there are any ways to legislate the effective use of euthanasia with appropriate safeguards to meet the stated needs of less than 5 per cent of Canadians who would act on the request for euthanasia. To truly understand what is at stake, we first need to

## [Translation]

et des symptômes; voilà ce que les soins institutionnels sont ou devraient être.

Ce qui pose problème, c'est le besoin désespéré des gens qui sont en phase terminale d'une maladie ou qui sont atteints d'une maladie dangereuse. Grâce aux soins palliatifs, assurés dans le cadre de programmes informels et formels, on peut répondre à ces besoins.

Les gens ont besoin d'appui sur le plan physique, émotionnel, spirituel et informationnel. Notre système de santé moderne doit combiner soins et traitements, si bien que les personnes se sentent appuyées durant toute leur vie et jusqu'à leur mort. Nous devons nous concentrer sur les personnes qui ont besoin de nos soins et de notre appui.

Je crois que la pente dangereuse existe effectivement et que cela crée des risques importants pour les personnes qui sont sur le point de mourir et pour les autres éléments vulnérables de la société canadienne. Je crois que nous sommes déjà engagés sur cette pente et que déjà de nombreuses personnes meurent trop tôt.

On a posé la question suivante: «N'est-ce pas de mon corps qu'il s'agit?» À mon avis, la question que l'on devrait se poser est la suivante: «Est-ce que ma mort assistée portera atteinte à la valeur de la vie d'autres personnes?» Si je réponds oui, ce qui à mon avis est invariablement le cas, alors ma responsabilité à l'égard de ces personnes consiste à ne pas les exposer à des risques plus grands pour répondre à mes désirs ou à mes besoins personnels. La réponse est simple, mais pas facile.

À mon avis, les questions devraient être les suivantes: «Quels sont les autres appuis dont j'ai besoin pour continuer de vivre le plus pleinement et de la façon la plus épanouie possible? Comment puis-je utiliser mon énergie et ma détermination pour obtenir ces appuis pour moi-même et pour les autres éléments vulnérables de la société?»

Si, personnellement, nous ne sommes pas disposés à donner appui et compassion, peut-être dans le cadre de soins institutionnels, à des mourants, je crois alors que nous ne pouvons pas déléguer nos responsabilités humaines à ces personnes en adoptant une loi sur l'euthanasie qui va permettre à d'autres de les tuer en notre nom.

Mon mémoire se divise en sept parties. Introduction; définitions; questions précises posées à votre comité; questions portant sur les soins palliatifs; hypothèses rarement mises en question et que j'estime nécessaire d'aborder; examen de la pente dangereuse et des supposées garanties que les gens recommandent; et mes propres recommandations et conclusions. Mon mémoire renferme également deux annexes. La première est une série de citations tirées d'articles sur la façon dont la société dévalue les personnes vulnérables. La deuxième est un recueil de déclarations et de commentaires de personnes qui ont comparu devant vous jusqu'au 6 juillet inclusivement.

La principale question que doit se poser votre comité est de savoir s'il existe des façons de légiférer sur le recours à l'euthanasie en l'assortissant de garanties appropriées afin de répondre aux besoins connus de moins de 5 p. 100 des Canadiens susceptibles de présenter une telle demande. Pour vraiment

## [Text]

look at the foundational world views of Canadians and the process of societal devaluation of people who are dying and other vulnerable people.

In the mid-1970s, I believed that euthanasia was a right. I thought that euthanasia — assisted suicide was not a popular idea then — should be available without criminal liabilities for people who help someone to die peacefully and compassionately. I believed euthanasia was a humane way to treat people who were in great pain and who were suffering.

When I began to research my palliative care books, I began to understand the consequences of individual actions on groups of vulnerable people, including people once valued in the community but now only pitied because they were "dying".

I did not begin from a set of moral principles in using deductive reasoning, but looked at the evidence to determine if there was such a thing as a universal truth about the consequences of legalizing or legitimizing euthanasia, regardless of one's religious or ethical tradition. Using inductive reasoning, I believe there is a universal truth that spans most religious and secular belief systems — namely, that we are not able to make life and death decisions based on relative ethics, the concept of autonomy or the crafting of laws on euthanasia.

In identifying two main world views, the traditional versus the modern, I concluded that their irreconcilable views on suffering makes this euthanasia and assisted suicide debate impossible to resolve. The modern view of suffering is that it must be avoided, minimized, suppressed through drugs, alcohol or other addictions, or terminated. The traditional world view of suffering is that suffering should not be inflicted or unnecessarily maintained, but when it occurs naturally through physical, emotional, or spiritual means, it can be used as a method to discern wisdom.

I highlight a document on the global world ethic signed by representatives of many of the major traditional and modern religions in support of some commonly held beliefs amongst all religious theory and belief systems.

I am a strong advocate of palliative care and speak regularly to professional conferences and workshops on palliative care philosophy and how it would be applied from a patient-family perspective. I am also a member of the Canadian Palliative Care Association Task Force that is looking at ways to promote palliative care more actively during this time of unprecedented media attention on assisted suicide and euthanasia. However, my presentation to you today is as the son of John and

## [Traduction]

comprendre les enjeux, il faut d'abord examiner les opinions fondamentales des Canadiens et le processus de dévaluation sociale des mourants et des autres personnes vulnérables.

Au milieu des années 1970, je croyais que l'euthanasie était un droit. Je pensais que l'euthanasie (le suicide assisté n'était pas une notion populaire à l'époque) devait être possible sans risques de poursuites criminelles pour les gens qui aidaient les autres à mourir en paix et avec compassion. Je croyais que l'euthanasie était une façon humaine de traiter les gens qui souffraient beaucoup.

Lorsque j'ai entrepris mes recherches pour écrire mes ouvrages sur les soins palliatifs, j'ai commencé à comprendre les conséquences des actions individuelles sur des groupes de personnes vulnérables, y compris des personnes qui ont déjà eu une valeur dans la communauté mais pour lesquelles on n'avait alors que de la pitié parce qu'elles étaient en train de mourir.

Je n'ai pas abordé mon travail à partir d'un ensemble de principes moraux et en faisant un raisonnement déductif, mais j'ai examiné les éléments qui existaient pour déterminer s'il se dégageait une vérité universelle sur les conséquences de la légalisation ou de la légitimation de l'euthanasie, peu importe les traditions religieuses ou éthiques. Après avoir procédé par raisonnement inductif, je crois qu'il y a une vérité universelle qui recoupe la plupart des systèmes de croyances religieuses et sociales, c'est-à-dire que l'on ne peut pas prendre de décisions concernant la vie et la mort en s'appuyant sur une éthique relative, sur le concept de l'autonomie ou sur l'adoption de lois en matière d'euthanasie.

En tentant de cerner deux principaux courants d'opinion dans le monde, soit le traditionnel par rapport au moderne, j'en suis venu à la conclusion que ces opinions irrécilables sur la souffrance font en sorte que le débat actuel sur l'euthanasie et le suicide assisté restera une impasse. Les tenants du courant moderne d'opinion sur la souffrance soutiennent qu'elle doit être évitée, minimisée, éliminée à l'aide de médicaments, d'alcool ou d'autres drogues, ou qu'on doit y mettre un terme. Quant aux traditionalistes, ils estiment que la souffrance ne doit pas être infligée à une personne ou inutilement maintenue, mais que lorsqu'elle se produit naturellement, qu'elle soit physique, émotionnelle ou spirituelle, elle peut être perçue comme un mécanisme d'accès à la sagesse.

Je parle en particulier d'un document sur l'éthique mondiale signé par des représentants de nombreuses religions traditionnelles et modernes d'importance qui viennent étayer certaines croyances que l'on retrouve parmi l'ensemble des théories et des systèmes de croyances religieuses.

Je suis fortement en faveur des soins palliatifs et je prends régulièrement la parole à des conférences et à des ateliers de spécialistes sur la philosophie qui sous-tend les soins palliatifs et sur la façon d'appliquer cette philosophie, tant du point de vue de la famille que du patient. Je suis également membre du *Canadian Palliative Care Association Task Force* qui examine des moyens de promouvoir les soins palliatifs plus activement en cette période où les médias accordent une attention sans précédent au suicide



[Texte]

Jacoba van Bommel and the grandson of Francis van Enckevort. I helped them to live at home until they died.

My independence as a writer has provided me a unique opportunity to meet many people from both sides of this debate. They are mostly honourable, compassionate people who have conflicting world views of what it is that people who are dying need or want. People on both sides of this issue offer compelling arguments, and it is easy to see why one can listen to both sides and waiver back and forth on the understanding of what is right and wrong.

Some of your witnesses spoke eloquently from their own understanding and perspectives. It is an honour to be counted among them as a witness before your committee.

I wish to thank Janet Klees for helping me to prepare my presentation to make it as clear and concise as possible.

Deciding on definitions when it comes to end-of-life issues is nearly impossible. There is little consensus about what life and death are, how one makes decisions at the end of life, and upon what basic human assumptions people base these decisions. Many people misinterpret each other's comments because they are using similar words to describe completely different ideas or concepts. Words and phrases such as "euthanasia", "assisted suicide", "quality of life", "dignity", "compassion", "hospice care", "safeguards", "vulnerable people" and others are used in confusing and conflicting ways. Given these difficulties, I will try to define some of these terms and will concentrate mostly on euthanasia and suffering.

In my presentation, I will use the word "euthanasia" to represent voluntary and involuntary euthanasia and assisted suicide regardless of whether a person is terminally ill or not. I use this definition because individual definitions of those terms allow people to narrow forms of killing for discussion purposes but do not, in any way, diminish the likelihood that vulnerable people will be killed.

To divide voluntary and involuntary euthanasia in a law is misleading since it presumes that one will not lead to the other. History proves that an impossible division — voluntary always leads to involuntary euthanasia. Assisted suicide assumes that someone else gives you the means or information but is not actively involved in killing you. However, it supposes that a friend or a physician would stand by idly if you failed in your attempt — for whatever reason — and not finish the task for you to comply with your wishes. This is naive logic at best, I believe. Mercy killing used to be completely separate and again misleading because a call for euthanasia always leads to a call for legalizing or legitimizing mercy killing. It is only the method of death that is different, not the intent.

[Translation]

assisté et à l'euthanasie. Cependant, je témoigne aujourd'hui devant votre comité en tant que fils de John et Jacoba van Bommel et petit-fils de Francis van Enckevort. Je les ai aidés à vivre à la maison jusqu'à leur mort.

Le fait d'être écrivain et indépendant m'a permis de rencontrer de nombreuses personnes qui sont pour et contre l'euthanasie. En général, ce sont des personnes honorables, remplies de compassion qui ont des opinions contradictoires sur les désirs et les besoins des mourants. Les arguments que présentent ces personnes sont convaincants, et il est facile de voir pourquoi on peut écouter les arguments pour et les arguments contre, et varier d'opinion sur ce qui est bon et ce qui est mal.

Vous avez entendu certaines personnes présenter des témoignages éloquentes de leur propre point de vue. Je suis honoré d'être des leurs.

Je tiens à remercier Janet Klees de m'avoir aidé à préparer mon exposé afin qu'il soit le plus clair et le plus concis possible.

Il est pratiquement impossible d'établir des définitions des questions qui touchent la fin de la vie. Peu de gens s'entendent sur ce que sont la vie et la mort, sur la façon dont une personne prend des décisions à la fin de sa vie, et sur quelles hypothèses de base les gens fondent ces décisions. Bien des gens interprètent mal les commentaires des autres parce qu'ils utilisent des termes semblables pour décrire des idées ou des concepts complètement différents. Des mots et des expressions comme «euthanasie», «suicide assisté», «qualité de la vie», «dignité», «compassion», «soins dans un centre d'accueil», «garanties», «éléments vulnérables de la société» et autres sont utilisés de façon contradictoire et embrouillée. Compte tenu de ces difficultés, je vais tenter de définir certains de ces termes et je vais me concentrer principalement sur l'euthanasie et la souffrance.

Dans mon témoignage, je vais utiliser le terme «euthanasie» pour décrire l'euthanasie volontaire et involontaire et le suicide assisté, peu importe que la personne soit en phase terminale ou non. J'utilise cette définition globale parce que les définitions individuelles de ces termes permettent aux gens de circonscrire les diverses formes de meurtres à des fins de discussion sans, en aucun cas, diminuer en rien la possibilité que des éléments vulnérables de la société soient tués.

Il est trompeur de faire une distinction entre l'euthanasie volontaire et l'euthanasie involontaire dans la loi puisque l'on suppose que l'une n'amènera pas l'autre. L'histoire prouve que c'est impossible, l'euthanasie volontaire mène toujours à l'euthanasie involontaire. En ce qui concerne le suicide assisté, cela suppose que quelqu'un d'autre vous donne les moyens ou l'information dont vous avez besoin, mais que cette personne ne vous aide pas activement à vous tuer. Cependant, cela suppose qu'un ami ou un médecin restera à vos côtés sans rien faire si vous ratez votre coup (pour quelque raison que ce soit) et qu'il ne finira pas le travail que vous avez commencé pour répondre à votre désir. Cette logique, au mieux, est naïve, je crois bien. Le fait de mettre un terme aux jours de quelqu'un par compassion était auparavant une notion tout à fait distincte et là encore trompeuse, parce qu'une demande d'euthanasie entraîne toujours une demande de légalisation ou de légitimation du meurtre par

[Text]

Suffering is always real. Each of us suffers in different ways and accepts suffering to different degrees.

At a recent panel discussion on euthanasia at the Ontario Hospital Association Convention, a social worker described a patient similar to the one that Dr. Boisvert presented to your committee this summer. The man's face, from his eyes down, had been eaten away by throat cancer. Without his mouth, he was speechless. He had lost his "physical identity", and although his pain and symptoms were well controlled, he wanted to die. The palliative care team taking care of him and his wife understood very well the suffering experienced by this man and his wife and why they wanted him to die peacefully and soon. The social worker discussed this as his worst case ever and how it forced him to question his beliefs against euthanasia.

The team spent many hours together trying to find ways to support this man and his wife through the emotional and spiritual suffering. The answer came to them when the man's six-year-old granddaughter arrived and gave him a hug. Her unconditional love reminded people of the man within the physical vehicle that had lost its identity. The little girl reminded them all that their grandfather was still very much alive and deserving of her love, just as she still deserved and wanted his love.

If death results from a death wish, whether it is conscious or unconscious and by direct or indirect actions, I believe that is euthanasia as well. We create a death wish for people by listing, individually and collectively, reasons we would rather be dead than alive. For example, if we think that a certain disease or disability would be intolerable for ourselves, we naturally assume that other people will also find it intolerable.

From these thoughts comes our own list of what constitutes compassionate care through assisted suicide or euthanasia. For some people, that might be getting cancer, losing a leg to diabetes or losing their mental capacities through dementia of any form. These fears may lead to the logical conclusion that anyone with these conditions would also want to die, and therefore we should help them to die with dignity. We do this particularly for people who cannot speak for themselves. We put our assumptions or death wish on them. For example, we put a death wish on people with dementia, dementia that we would not want; children with disabilities, disabilities that we are grateful our children do not have; or people in a coma, comas that we, if we have seen them, find visually abhorrent and frightening.

The palliative care philosophy asks us to examine our fear, overcome it when possible, and return to the childlike perspective of seeing the person within. With euthanasia, we may never go

[Traduction]

compassion. Ce qui est différent, c'est la façon dont on fait mourir la personne, non pas l'intention.

Les souffrances sont toujours réelles. Chacun de nous souffre de diverses façons et accepte la souffrance à des degrés divers.

Lors d'un groupe de discussion tenu récemment sur l'euthanasie au congrès de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, un travailleur social a décrit un patient semblable à celui que vous a présenté le docteur Boisvert cet été. Le visage de cet homme, des yeux jusqu'au menton, avait été ravagé par le cancer de la gorge. Sans bouche, l'homme était incapable de parler. Il avait perdu son «identité physique», et même si l'on contrôlait bien sa douleur et ses symptômes, il voulait mourir. L'équipe des soins palliatifs qui s'en occupaient ainsi que sa femme comprenaient très bien les souffrances que vivait cet homme et pourquoi on voulait qu'il meure en paix et rapidement. Le travailleur social a dit qu'il s'agissait là du cas le plus difficile qu'il ait eu à affronter et a expliqué comment cela l'a forcé à remettre en question ses croyances sur l'euthanasie.

L'équipe des soins palliatifs a passé de nombreuses heures à essayer de trouver des façons d'appuyer cet homme et sa femme dans leur souffrance émotionnelle et spirituelle. Les membres de l'équipe ont trouvé lorsque la petite-fille de six ans de cet homme est arrivée et l'a serré dans ses bras. Son amour inconditionnel leur a rappelé l'homme qui existait dans la personne physique qui avait perdu son identité. La petite fille leur a rappelé que son grand-père était toujours très vivant et qu'il méritait son amour tout comme elle méritait le sien et tenait à l'avoir.

Si la personne meurt parce qu'elle le souhaite, que ce soit de façon consciente ou inconsciente ou par des actions directes ou indirectes, je crois que c'est également de l'euthanasie. On crée le désir de mort chez les gens en dressant la liste, individuellement et collectivement, des motifs pour lesquels nous préférierions être morts plutôt que vivants. Par exemple, si nous pensons qu'une certaine maladie ou une infirmité quelconque serait intolérable pour nous, nous supposons naturellement que ce serait la même chose pour les autres.

À partir de là, on établit sa propre liste des éléments qui appellent des gestes de compassion, que ce soit le suicide assisté ou l'euthanasie. Pour certaines personnes, ce pourrait être le cancer, le fait de perdre une jambe à cause du diabète ou de perdre leurs capacités mentales à cause d'une forme quelconque de démence. Ces peurs peuvent mener à la conclusion logique que quiconque dans une telle situation voudrait aussi mourir et que par conséquent, nous devrions l'aider à le faire dans la dignité. Nous faisons cela en particulier pour les personnes qui ne peuvent parler pour elles-mêmes. Nous leur prêtons ces suppositions ou ce désir de mourir. Par exemple, nous souhaitons que meurent des personnes atteintes de démence, démence dont nous ne voudrions pas, que meurent des enfants souffrant d'une infirmité que nos enfants n'ont heureusement pas ou que meurent des gens qui sont dans le coma, situation qui, si nous en avons déjà été témoins, nous semble effrayante.

La philosophie sous-jacente aux soins palliatifs nous amène à examiner notre peur, à la vaincre si possible, et nous ramène à la perspective de l'enfant qui est de voir la personne à l'intérieur du



## [Texte]

beyond our comfort levels again and miss out on the mystery of wisdom that has been passed on from generation to generation for centuries.

This is not to say that we should not prevent unnecessary suffering, research ways to diminish physical pain and symptoms, or discover ways to help people feel better supported emotionally or spiritually. In fact, the reverse is true.

The palliative care philosophy brings together many elements of the traditional world view but includes some elements of the modern world view without leading to the deaths of vulnerable people. Palliative care is not about life at all costs, but about living life fully until you die as natural a death as possible in the given circumstances. Palliative care is also not about overdosing people and helping them to die more quickly in the name of ending their suffering.

The palliative care issue appears on page 12 of my brief. There has been much discussion about 5 per cent of people receiving palliative care across the country. In their book, *Health Care in Canada — A Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ralph Sutherland and Jane Fulton estimated that about 5 per cent of people who are dying receive some form of palliative care service.

This 5 per cent figure is misleading, of course, because many people receive the hospice philosophy care or good old-fashioned care through their natural community, including their family physician, family, friends, neighbours, colleagues, spiritual leaders and others. Effective, informal hospice care must always be encouraged over formalized programs.

On page 12, my first point is that palliative care, as a formal program, became necessary because traditional health care did not provide the supports needed by people with terminal illnesses. The fact that palliative care programs are needed reflects a sorrowful lack of adequate training in medical, nursing and allied professional schools and a sad lack of a community of caring people surrounding someone in need.

The palliative care philosophy of providing physical, emotional, spiritual and informational supports is just good human care. The hospice philosophy of care should be available to everyone who is ill or requiring medical interventions. One should not have to be dying to receive effective pain and symptom control or emotional or spiritual supports. One should not have to demand a deadline from a physician to receive good palliative care. One should not have to have cancer to get good palliative care.

## [Translation]

malade. Avec l'euthanasie, il se peut que nous ne dépassions jamais notre niveau de confort et que nous échappe le mystère de la sagesse qui est transmise d'une génération à l'autre depuis des siècles.

Cela ne veut pas dire que nous ne devrions pas empêcher des souffrances inutiles, faire des recherches pour trouver des moyens de diminuer la douleur et les symptômes physiques, ou découvrir des façons d'aider les gens à obtenir un meilleur appui sur le plan émotif ou spirituel. En fait, l'inverse est vrai.

La philosophie qui sous-tend les soins palliatifs réunit de nombreux éléments du courant de pensée traditionaliste, mais inclut certains éléments du courant de pensée moderne sans pour autant provoquer la mort des éléments vulnérables de la société. Par soins palliatifs, on ne veut pas dire maintenir la vie à tout prix, mais permettre aux gens de vivre leur vie pleinement jusqu'à ce qu'ils meurent de la façon la plus naturelle possible dans les circonstances. Les soins palliatifs, ce n'est pas non plus donner des surdoses de médicaments aux gens et les aider à mourir plus rapidement en prétextant qu'on veut mettre un terme à leurs souffrances.

C'est à la page 12 de mon mémoire que j'aborde la question des soins palliatifs. On a beaucoup discuté de ce que seulement 5 p. 100 de tous les Canadiens reçoivent des soins palliatifs. Dans leur ouvrage intitulé *Health Care in Canada — A Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ralph Sutherland et Jane Fulton ont évalué qu'environ 5 p. 100 des malades en phase terminale reçoivent des soins palliatifs sous une forme ou une autre.

Ce pourcentage est trompeur, bien sûr, parce que beaucoup de gens reçoivent des soins dans des centres d'accueil ou des soins traditionnels qui leur sont prodigués par leur communauté naturelle, y compris un médecin de famille, la famille, les amis, les voisins, les collègues, les chefs spirituels et d'autres personnes. Des soins donnés en centre d'accueil qui sont efficaces et informels doivent toujours être favorisés par rapport aux programmes officiels.

À la page 12, je dis d'abord que les soins palliatifs, prodigués dans le cadre d'un programme officiel, sont devenus nécessaires parce que les soins de santé traditionnels ne permettent pas d'obtenir les appuis dont ont besoin les gens qui souffrent d'une maladie incurable. Le fait que des programmes de soins palliatifs soient nécessaires traduit malheureusement une absence de formation adéquate dans les écoles de médecine, d'infirmières et de professionnels de la santé ainsi que le manque de personnes compatissantes auprès des personnes dans le besoin.

Les soins palliatifs qui consistent à donner un appui physique, émotif, spirituel et informationnel ne sont rien d'autre que de bons soins humains. Les soins prodigués dans des centres d'accueil devraient être offerts à quiconque est malade ou a besoin d'une intervention médicale. On ne devrait pas attendre que la personne soit mourante avant de contrôler efficacement ses douleurs et ses symptômes ou de lui donner un appui émotif ou spirituel. On ne devrait pas avoir à demander à un médecin d'établir un délai précis pour recevoir de bons soins palliatifs. On

## [Text]

On page 26, I look at safeguards which many people have recommended should a euthanasia law ever be passed. I use safeguards, including those written by the organization Dying With Dignity, those included in the guidelines of the Netherlands, those written by Derek Humphry in the United States, and others.

Even if you disagree with the analysis of any of the specific safeguards and my reasons for claiming they are ineffective, I ask you to at least consider what would happen to people who are vulnerable or devalued in society if my analysis is true for any one of these safeguards.

The first safeguard almost always given is that the request by someone must be made voluntarily and repeatedly and must be documented and, if possible, witnessed. This is perhaps the single most difficult safeguard to ensure since we often create a living hell for people and then offer them a single, easy choice out of that hell.

Since we do not provide the hospice philosophy of physical, emotional, spiritual and informational supports to most people who are dying, why are we surprised that lonely, isolated and suffering people are requesting death? This remains a condemnation of one's own community and society as a whole, rather than a legitimate request for help to die.

The second safeguard often listed is that people must be competent; that is, if they can make treatment decisions, they can make a request for euthanasia. Psychiatric intervention may be required to verify competence and to detect depression or other mental illness. Most suicidal people are offered help except when they appear to be dying. The fact that a person is competent does not mean their decision is rational. What is their life story? What can be changed to encourage them to continue to live? What questions are left unanswered by the Nancy B. case, the Sue Rodriguez case, and the Latimer family case? We have many questions and very little information.

The third point is that people must be terminally ill or in a state of chronic irreversible illness where the suffering from the point of view of that person is unbearable. This opens up the right to euthanasia for people ranging from one extreme, those in severe, untreated physical pain in last few weeks of life — which I do not believe happens — to those with chronic arthritic pain, with incurable depression, with a fear of leg amputation or blindness, such as sufferers of diabetes, to someone with incurable grief after the death of a loved one. This safeguard opens up euthanasia to the most vulnerable in our society. The history of Holland verifies that many of these situations already occur there with the supposed safeguards in place.

## [Traduction]

ne devrait pas avoir besoin d'avoir le cancer pour obtenir de bons soins palliatifs.

À la page 26, j'examine les garanties recommandées par bien des personnes si une loi sur l'euthanasie devait être adoptée. Je parle des garanties, y compris celles fixées par l'organisation *Dying With Dignity*, celles qui sont incluses dans les lignes directrices des Pays-Bas, celles de Derek Humphry aux États-Unis et d'autres.

Même si vous n'êtes pas d'accord quant à l'analyse de l'une ou l'autre de ces garanties précises et aux raisons pour lesquelles j'estime qu'elles sont inefficaces, je vous demande à tout le moins de songer à ce qui arriverait aux personnes vulnérables ou dévalorisées de la société si mon analyse était vraie pour ce qui est de l'une ou l'autre de ces garanties.

La première garantie qui est presque toujours donnée, c'est que la demande d'euthanasie d'une personne doit être présentée volontairement et plusieurs fois, qu'elle doit être documentée et, si possible, attestée par quelqu'un. C'est peut-être la garantie la plus difficile à assurer puisque l'on crée souvent des conditions très difficiles pour les malades et qu'on ne leur propose qu'une seule et facile porte de sortie.

Comme on n'offre pas l'appui physique, émotionnel, spirituel et informationnel que l'on trouve dans les centres d'hébergement à la plupart des gens qui sont en train de mourir, pourquoi alors se surprendre que des personnes seules, isolées et qui souffrent demandent à mourir? Le malade qui demande à mourir se trouve à condamner son propre milieu et l'ensemble de la société au lieu de présenter une demande légitime d'aide pour mourir.

La deuxième garantie que l'on cite souvent, c'est que les gens doivent être compétents, c'est-à-dire que s'ils peuvent prendre des décisions concernant leur traitement, ils peuvent présenter une demande d'euthanasie. L'intervention d'un psychiatre peut être nécessaire pour vérifier la lucidité de la personne et pour détecter tout signe de dépression ou de maladie mentale. La plupart des personnes suicidaires reçoivent de l'aide, sauf lorsqu'elles semblent être en train de mourir. Le fait qu'une personne soit apte à décider ne signifie pas que sa décision est rationnelle. Qu'est-il de sa vie? Qu'est-ce qui peut être changé pour l'encourager à continuer de vivre? Quelles questions demeurent sans réponse dans l'affaire Nancy B., l'affaire Sue Rodriguez et l'affaire de la famille Latimer? Nous avons beaucoup de questions et très peu d'informations.

Le troisième point, c'est que la personne doit être en phase terminale ou souffrir d'une maladie chronique incurable causant de son point de vue, des souffrances intolérables. Il est alors question du droit à l'euthanasie pour les personnes dont la situation est extrême, c'est-à-dire les personnes qui éprouvent de souffrances physiques graves et non traitées au cours des dernières semaines de leur vie (ce qui à mon avis n'est pas vrai) les personnes qui souffrent d'arthrite chronique, de dépression incurable, qui ont peur de se faire amputer la jambe ou de devenir aveugles, comme celles qui souffrent de diabète, et les personnes qui n'arrivent pas à se remettre de la perte d'un être cher. Cette garantie rend l'euthanasie accessible aux éléments les plus vulnérables de notre société. L'histoire des Pays-Bas montre que



## [Texte]

Fourth, a person must be fully informed of all treatment options including palliative care. Most people have no idea what palliative care is. In fact, most probably think it is chronic care. Being offered information on this philosophy of care then is practically meaningless unless someone has first- or second-hand experience of this type of care. Most people still believe that dying is painful and that the pain is usually not treatable. Being told it is not true is of little comfort when you have seen others suffer needless pain as I have. Palliative care must become part of society's understanding and expectations before a person can truly understand what it implies.

Fifth, a person can change his or her mind at any time, verbally, in writing or by electronic means. In theory, this sounds impressive. However, so often, when we assume that someone who has chosen death has made a rational, competent choice, we also assume they have become less competent when they want to rescind their request. Our own death wishes for the person makes it less likely that we will listen or act upon someone's reversal and therefore we will often try to talk them out of it using words couched in the compassionate language of euthanasia.

Sixth, the person's family should be informed but the decision rests with the individual person. I was brought up in the liberal arts education of the 1970s and I certainly believed this was true at the time. However, people have a responsibility to their family and vice versa. Someone who has decided to end their life, regardless of the means, must understand the possible consequences of that decision on the people left behind. In our attempts to provide autonomy, we forget that the people left behind must live with the decision of the person who has died, supported by a medical system which may legitimize that decision if a law is allowed.

Eighth, we must wait at least five days before acting on a request unless the person would have to endure unreasonable pain or physical or psychological suffering, which means no deadline at all. Imagine any other suicidal person being given a guaranteed peaceful death under this safeguard to understand how little protection this really provides. If passed, one would have to wait longer to buy a handgun than to receive euthanasia. Lengthening the timeframe does little to add safeguards. It just provides an illusion of giving people time to evaluate the alternatives.

## [Translation]

nombre de ces situations se sont déjà produites même avec les supposées garanties en place.

Quatrièmement, la personne doit être pleinement informée de toutes les possibilités de traitements, y compris les soins palliatifs. La plupart des gens n'ont pas idée de ce que sont les soins palliatifs. En fait, la plupart pensent probablement qu'il s'agit de soins de longue durée. Il est pratiquement inutile de donner de l'information sur cette philosophie des soins à moins que quelqu'un ait vécu, directement ou indirectement, une expérience de ce type de soins. La plupart des gens croient encore que mourir est douloureux et que la douleur n'est habituellement pas contrôlable. Se faire dire que cela n'est pas vrai reconforte très peu quand vous avez vu des personnes souffrir inutilement comme j'en ai vu. Les soins palliatifs doivent être compris par la société et faire partie de ses attentes avant qu'une personne puisse véritablement comprendre ce qu'ils impliquent.

Cinquièmement, une personne peut changer d'idée n'importe quand, en le signalant soit oralement, soit par écrit ou à l'aide de moyens électroniques. En théorie, cela paraît impressionnant. Cependant, bien souvent, lorsqu'on suppose que quelqu'un qui a choisi de mourir a fait un choix rationnel et lucide, on suppose également que la personne est devenue moins lucide lorsqu'elle veut changer d'idée. Compte tenu du fait que nous pensons qu'il vaut mieux que la personne meure, il est peu probable que nous l'écoutions ou répondions à son désir de continuer à vivre; par conséquent, nous allons souvent essayer de la dissuader en utilisant des mots exprimant le langage de la compassion et de l'euthanasie.

Sixièmement, la famille de la personne devrait être informée, mais la décision demeure celle de la personne qui présente la demande. J'ai été élevé dans le contexte d'éducation libérale des années 1970 et je croyais certainement que cela était vrai à l'époque. Cependant, les gens ont une responsabilité à l'égard de leur famille et vice-versa. La personne qui a décidé de mettre un terme à sa vie, peu importe le moyen, doit comprendre les conséquences possibles de cette décision sur les personnes qu'elle laisse derrière elle. Désireux de respecter l'autonomie des autres, nous oublions que les personnes qui restent doivent vivre avec la décision de la personne qui est morte, appuyée par un système médical qui pourrait légitimer cette décision si une loi était adoptée.

Huitièmement, on doit attendre au moins cinq jours avant de satisfaire à une demande, à moins que la personne n'éprouve des douleurs ou des souffrances physiques ou psychologiques intolérables, ce qui oblige à ce moment-là à agir sans délai. Qu'on pense à la personne suicidaire à qui on a assuré qu'elle mourrait paisiblement aux termes de cette garantie et cela nous permettra de comprendre à quel point cette garantie offre, en réalité, peu de protection. Si elle était adoptée, il faudrait attendre plus longtemps pour acheter un fusil que pour être euthanasié. Le fait de rallonger le délai ajoute très peu de protection. On donne simplement l'illusion que les gens ont le temps d'évaluer leurs solutions de rechange.

## [Text]

Ninth, the physician must be present at the death and act to bring about death in the most humane and compassionate manner possible. In the sense of assisted suicide, this provision ensures that if a person fails in a suicide bid, the physician will be present to provide active euthanasia. This safeguards death, not the lives of vulnerable people. The idea of assisted suicide with a physician present is misleading since the physician is expected, in an unwritten way perhaps, to end the person's life if they cannot complete the task themselves. The physician's presence also legitimizes the person's choice to die and legitimizes the concept that some, and therefore many, lives are not worth living.

To skip to my last point, there will be strict penalties for anyone who performs euthanasia outside these guidelines. Perhaps they could be charged under Bernard Dickens' recommended third-degree murder or mercy killing category which he presented to your committee.

We have seen in the Latimer case how easily we shift our collective compassion from the death of a young girl to the father who killed her. Mercy killing is most often done out of desperation and a loss of options. Tracy and her family deserved more options. Pain control is possible for people with cerebral palsies who have seizures. It is blatantly false that Tracy had to suffer unbearable pain. Emotional, spiritual and other practical supports were necessary. Tracy's death on any grounds was just not necessary. It is sad and deadly that so many people think there are grounds for killing her.

My recommendations to you are on page 31. First, the present law should not be changed since it will only add to the already-deadly way we treat devalued Canadians, including those previously valued but now labelled terminally ill. We cannot write a new law because there is no consensus in Canada about the value of life or the definition of words used to describe end-of-life decisions. We are powerless to prevent deadly abuses and even outright intentional use of a euthanasia law to legalize all kinds of killing, regardless of whatever supposed safeguards we might incorporate in such a law. The law must protect those of us who are or who will become weak and vulnerable.

Second, if any new law must be written to improve the choices available to Canadians who are dying, it should be a law prohibiting ineffective pain and symptom control with heavy fines and/or gaol terms for those who provide ineffective care. This law would change the way Canadians are treated more quickly than any 1,000 unsupported education programs. This idea was recommended to me by a palliative care physician.

## [Traduction]

Neuvièmement, le médecin doit être présent au moment du décès et faire en sorte que la mort survienne le plus humainement et avec le plus de compassion possible. Pour le suicide assisté, cette disposition fait en sorte que si une personne ne réussit pas à se suicider, le médecin sera présent pour provoquer l'euthanasie active. Cette garantie assure la mort, elle ne protège pas la vie des personnes vulnérables. La notion de suicide assisté en présence d'un médecin est trompeuse puisque l'on s'attend à ce que le médecin, et cela n'est peut-être pas explicite, mette un terme à la vie de la personne si elle ne peut le faire elle-même. La présence du médecin légitime également le choix de la personne de mourir, ainsi que le concept voulant que la vie de certaines personnes, et par conséquent celle de nombreuses autres, ne vaille pas la peine d'être vécue.

Passons maintenant à mon dernier point, soit qu'on impose des sanctions sévères pour quiconque procède à l'euthanasie en ne respectant pas ces lignes directrices. La personne pourrait être accusée de meurtre au troisième degré ou de meurtre par compassion selon la recommandation présentée par Bernard Dickens à votre comité.

Nous avons vu dans l'affaire Latimer à quel point nous pouvons facilement transposer, de la petite fille morte au père qui l'a tuée, la compassion que nous éprouvons. Le meurtre par compassion est souvent attribuable au désespoir et au manque d'options. Tracy et sa famille auraient dû avoir plus de choix. Le contrôle de la douleur est possible pour les personnes atteintes de paralysie cérébrale qui ont des crises. Il est tout à fait faux que Tracy devait endurer des souffrances intolérables. Elle avait besoin d'appui émotionnel, spirituel et autre. La mort de Tracy, n'était tout simplement pas nécessaire, quels qu'aient pu être les motifs invoqués. Il est triste et regrettable que tant de gens pensent qu'il y avait des motifs de la tuer.

Vous trouverez mes recommandations à la page 31. Premièrement, la loi actuelle ne devrait pas être modifiée puisqu'elle ne fera qu'empirer la façon déjà navrante dont nous traitons les Canadiens dévalorisés, y compris ceux que l'on a déjà valorisés et que l'on catalogue à présent comme des malades en phase terminale. Nous ne pouvons rédiger une nouvelle loi parce qu'il n'y a aucun consensus au Canada sur la valeur de la vie ou sur la définition des termes utilisés pour décrire les décisions touchant la fin de la vie. Nous sommes incapables d'empêcher les abus et même le recours intentionnel à une loi sur l'euthanasie pour légaliser tous les types de meurtres, peu importe les supposées garanties que nous puissions incorporer dans une telle loi. La loi doit protéger ceux qui sont ou qui deviendront faibles et vulnérables.

Deuxièmement, si l'on devait rédiger une nouvelle loi pour améliorer les choix offerts aux Canadiens qui sont en phase terminale de leur vie, il devrait s'agir d'une loi qui interdit le contrôle inefficace de la douleur et des symptômes et impose de lourdes amendes ainsi que des peines d'emprisonnement pour ceux qui offrent des soins inefficaces. Cette loi changerait la façon dont les Canadiens sont traités plus rapidement que les mille et un programmes d'éducation ne recevant nul appui. Cette idée



## [Texte]

You have heard from too many witnesses not to believe that effective pain management is possible but grossly under-used in Canada. No wonder there is a cry for early death.

The time line for professional and societal education on meeting people's physical, emotional, spiritual and informational needs should be no more than ten years. There should be severe penalties for inaction on this commitment.

Third, there should be a reallocation of funds to research more effective pain and symptom control so that there will never again be a cry for suicide or euthanasia based on inadequate pain and symptom control. I believe that this is the single greatest fear of most Canadians.

Societies and parliaments have worked together to change societal values on the dangers of smoking and the abuse of drugs and alcohol. There is no reason why an equally effective coalition of society and Parliament could not change society's expectations of how people are treated at the ends of their lives.

Fourth, the Senate committee should strongly recommend that the House of Commons have a free vote on the motion which supports the present legislation. The wording of the motion could include something like the following:

That the present laws not be changed and that Parliament, along with the health care systems in Canada and people across this country, work together to meet the physical, emotional, spiritual and informational needs of people who are dying so that no one will ever have to endure unnecessary pain again. We set a deadline for this goal as the end of the year 2005.

Phrasing a proposed law in a pro-euthanasia or pro-assisted suicide format will add credibility to a position which is not favoured by the House of Lords, the medical associations of Canada, Great Britain and the U.S., and emphasizes the supposed needs of 3 per cent of Canadians, rather than the needs of the other 95 per cent who want support during the last months or years of their lives.

If there remains strong pressure to legalize killing in any of its proposed forms, there must be first an in-depth, objective, exhaustive analysis of the lives of the vulnerable people in Canada at present. How do we systematically make their lives unbearable, devalued and isolated? This analysis must then present realistic alternatives to changing the situations in which vulnerable people find themselves. Only after these situations have been addressed can we begin to discuss individual choice and adequate safeguards.

## [Translation]

m'a été recommandée par un médecin spécialiste des soins palliatifs.

Trop de témoins vous ont dit de ne pas croire qu'il est possible d'assurer une gestion efficace de la douleur, même si cela se fait rarement au Canada. Pas étonnant donc que l'on réclame de mourir prématurément.

Il ne devrait pas falloir plus de dix ans pour que les professionnels de la santé et la population apprennent à répondre aux besoins physiques, émotionnels, spirituels et informels des gens. On devrait imposer des sanctions sévères si cet engagement n'est pas respecté.

Troisièmement, on devrait réattribuer les fonds pour faire des recherches plus efficaces sur le contrôle de la douleur et des symptômes de sorte que plus jamais quelqu'un ne veuille se suicider ou ne réclame l'euthanasie en raison d'un contrôle inadéquat de la douleur et des symptômes. Je crois que c'est la peur la plus grande de la plupart des Canadiens.

Les sociétés et les parlements ont travaillé main dans la main pour modifier les valeurs sociales concernant les dangers du tabagisme et la consommation abusive de drogues et d'alcool. Il n'y a aucune raison pour que la société et le Parlement ne forment pas une coalition aussi efficace pour changer les attentes de la population quant à la façon dont les gens sont traités à la fin de leur vie.

Quatrièmement, le comité sénatorial devrait fortement recommander que la Chambre des communes tienne un vote libre sur la motion visant à appuyer la loi actuelle. Le libellé de cette motion pourrait être le suivant:

Que les lois actuelles ne soient pas modifiées et que le Parlement, de concert avec les responsables du système de santé au Canada et tous les Canadiens, déploie des efforts pour répondre aux besoins physiques, émotionnels, spirituels et informationnels des gens qui font face à la mort, de sorte que plus jamais personne n'ait à endurer des douleurs inutiles. Cet objectif devrait être atteint d'ici à la fin de l'an 2005.

La rédaction d'un projet de loi favorable à l'euthanasie ou au suicide assisté ajoutera de la crédibilité à une position que n'appuient pas la Chambre des Lords, les Associations médicales du Canada, de la Grande-Bretagne et des États-Unis et qui met l'accent sur les besoins supposés de 3 à 5 p. 100 des Canadiens plutôt que sur les besoins des 95 p. 100 d'autres qui demandent qu'on les appuie durant les derniers mois ou les dernières années de leur vie.

Si l'on exerce encore des pressions très fortes pour légaliser la tuerie sous l'une ou l'autre des formes proposées, on devrait d'abord procéder à une analyse détaillée, objective et exhaustive de la vie des personnes vulnérables au Canada actuellement. Comment faisons-nous systématiquement en sorte que la vie de ces personnes soit intolérable, dévalorisée et isolée? Cette analyse doit ensuite présenter des solutions de rechange réalistes aux situations dans lesquelles se trouvent ces personnes vulnérables. Ce n'est qu'une fois que ces situations auront été réglées que nous

[Text]

My last recommendation is that an "environmental study" which analyzes the realistic consequences of legalizing euthanasia must be done. It should be carried out by an independent body of researchers from both the traditional and modern world views who can do a detailed investigation of euthanasia practices throughout the millennia. This investigation should compare the natural consequences of these acts of euthanasia and determine what similarities exist between those historical events and what is happening today in the contemporary societies of Holland, Canada, Great Britain, U.S. and other countries. Only after such exhaustive research presents clear conclusions should we begin to evaluate the benefits of changing our laws.

People who propose legalizing euthanasia must produce hard evidence from Holland and other jurisdictions, such as Oregon, which proves that safeguards are effective. If hard evidence is not yet available, we must wait for it. We should not change a law until we have that.

My personal conclusion is found at the bottom of page 33. History is full of lessons if we choose to learn. If we want to teach our children respect, tolerance and equality, we must help them deal with suffering — suffering which they will experience and witness. We must be role models and demonstrate the will to live a life fully. We must teach them the basic human morals of right and wrong and how to apply that knowledge. The following quote demonstrates this point.

On the first day of the new school new year, all the teachers in one private school received the following note from their principal:

Dear Teacher: I am a survivor of a concentration camp. My eyes saw what no man should witness: Gas chambers built by *learned* engineers. Children poisoned by *educated* physicians. Infants killed by *trained* nurses. Women and babies shot and burned by *high school* and *college* graduates. So I am suspicious of education. My request is: Help your students become human. Your efforts must never produce learned monsters, skilled psychopaths or educated Eichmanns. Reading, writing, arithmetic are important only if they serve to make our children more humane.

I do not see how we could provide this kind of education to our children in a system where euthanasia is legal or legitimate and the topic of media programming which supports the concept that some lives are not worth living, regardless of what is thought by the person who is living that life.

[Traduction]

pourrions commencer à discuter des choix individuels et des garanties adéquates.

Ma dernière recommandation porte sur la nécessité d'une «étude de milieu» analysant les conséquences réalistes de la légalisation de l'euthanasie. Elle devrait être effectuée par un organisme indépendant de chercheurs qui professent à la fois un courant d'opinion traditionaliste et moderne et qui peuvent faire une enquête détaillée sur les pratiques d'euthanasie à travers les années. Cette enquête devrait comparer les conséquences naturelles de ces actes d'euthanasie et déterminer quels sont les points communs entre ces événements historiques et les événements que l'on observe aujourd'hui dans les sociétés des Pays-Bas, du Canada, de la Grande-Bretagne, des États-Unis et d'autres pays. Ce n'est qu'après avoir tiré des conclusions claires de ces recherches exhaustives que nous pourrions commencer à évaluer les avantages que présenterait la modification de nos lois.

Les tenants de la légalisation de l'euthanasie doivent fournir des preuves concrètes tirées de l'expérience des Pays-Bas et d'autres pays ou États comme l'Oregon qui montrent que les garanties sont efficaces. Si ces preuves ne sont pas encore disponibles, nous devons les attendre. Nous ne devrions pas modifier la loi tant que nous n'aurons pas ces preuves.

Ma conclusion personnelle se trouve au bas de la page 33. L'histoire est remplie de leçons, mais à condition de vouloir en tirer parti. Si nous voulons enseigner à nos enfants le respect, la tolérance et l'égalité, nous devons les aider à faire face à la souffrance — souffrance qu'ils vivront et dont ils seront témoins. Nous devons être des modèles et manifester le désir de vivre pleinement notre vie. Nous devons leur enseigner les principes fondamentaux de la morale humaine du bien et du mal et leur montrer comment les appliquer. La citation suivante est un exemple bien choisi.

Le premier jour de l'année scolaire, tous les enseignants d'une école privée ont reçu la note suivante de leur directeur:

Chers enseignants, je suis le survivant d'un camp de concentration. Mes yeux ont vu ce qu'aucun homme ne devrait voir: des chambres à gaz construites par de *savants* ingénieurs. Des enfants empoisonnés par des *médecins instruits*. Des nourrissons tués par des *infirmières bien formées*. Des femmes et des bébés tués et brûlés par des *diplômés d'écoles secondaires* et de *collèges*. J'ai donc des doutes au sujet de l'éducation. Je vous demande ceci: aidez vos élèves à devenir humains. Vos efforts ne doivent jamais donner naissance à des monstres savants, à des psychopathes compétents ou à des Eichmann instruits. La lecture, l'écriture, l'arithmétique ne sont importantes que si elles servent à rendre nos enfants plus humains.

Je ne vois pas comment on pourrait réussir à donner ce genre d'éducation à nos enfants dans un système où l'euthanasie serait légale ou légitimée, dans un système où les médias appuient ceux qui soutiennent que la vie de certaines personnes ne vaut pas la peine d'être vécue, peu importe ce qu'en pense la personne elle-même.



## [Texte]

I also remain opposed to all forms of euthanasia under any of its guises: assisted suicide, mercy killing, voluntary or involuntary euthanasia or death with dignity.

**Senator Beaudoin:** On the question of palliative care, obviously we all agree. We cannot be against palliative care. It is remarkable.

There is one sentence that worries me a little bit; that is, "voluntary always leads to involuntary". It may be true. We realize that in many cases. However, with respect to the law of contracts for example, we legislate on whether or not the consent is valid. We do that in the civil code; we do that in common law. We do that in probably most systems of law. I agree with you that in some countries voluntary may lead to involuntary. I am a bit worried that this is a reason to refuse to do something, because some people say that we have abuses in every field of activities.

Is it good or bad to end the life of a person at the request of that person, irrespective of whether or not such a voluntary system will lead to involuntary deaths? It seems to me it is either good or bad in itself. This may be an additional reason why we should not authorize euthanasia. Certainly it is not the main argument for that.

Suppose a person were to come to the conclusion that it is good but it may lead to some abuses. That is one thing. Another person may say, "No, it is not good, In addition, it may lead to abuses." Where do you stand on this?

**Mr. van Bommel:** There are at least five or six things you asked me. Let me see if I can answer all of them. You started by saying palliative care is always good. In my brief, I present a hierarchy of care environments which I think people need to look at. There is the assumption that all palliative care is always good.

My assumption is that there are some places better able to provide it than others; that is, in the person's own home and the home of a valued neighbour, not necessarily in institutions. The brief presents my reasons for that.

**Senator Beaudoin:** I do not say it is valid in all cases, but it looks good to me. I am not a doctor.

**Mr. van Bommel:** It is important that this committee in its report highlight that there are different forms of palliative care, different places where it can be provided, and that most palliative care is not at all costly. I provided it to three members of my family. It was not costly because I did it for free, gladly.

The question of consent in my brief is an example of a nursing home in the Hamilton area which is one of the nicest in that region. In this nursing home, 80 per cent of the people have signed a living will saying that in cases where they have some

## [Translation]

Je demeure contre toute forme d'euthanasie, quelle qu'elle soit: suicide assisté, meurtre par compassion, euthanasie volontaire ou involontaire ou mort dans la dignité.

**Le sénateur Beaudoin:** En ce qui concerne les soins palliatifs, de toute évidence nous sommes tous d'accord. Nous ne pouvons être contre les soins palliatifs. Ces soins sont remarquables.

Vous avez dit une phrase qui m'inquiète un peu, c'est-à-dire «que l'euthanasie volontaire mène toujours à l'euthanasie involontaire». Cela est peut-être vrai. Nous nous en rendons compte dans bien des cas. Cependant, en ce qui concerne la loi sur les contrats par exemple, on précise si le consentement est valide ou non. C'est ce que nous faisons dans le Code civil, dans la *common law*. C'est probablement la même chose dans la plupart des systèmes juridiques. Je suis d'accord avec vous que dans certains pays, l'euthanasie volontaire peut amener l'euthanasie involontaire. Je me demande quand même si cela est une raison pour refuser d'agir, parce que certaines personnes disent qu'il y a des abus dans tout.

Est-il bien ou mal de mettre un terme à la vie d'une personne à sa demande, peu importe que ce système volontaire provoque des morts involontaires? Il me semble qu'en soi cela est bien ou mal. Cela est peut-être une raison de plus pour ne pas autoriser l'euthanasie. Mais il ne fait aucun doute que ce n'est pas l'argument principal.

Supposons qu'une personne en vienne à la conclusion que cela est bien, mais que cela peut donner lieu à des abus. Ça, c'est une chose. Une autre personne peut dire: «Non, ce n'est pas bien. En outre, cela peut donner lieu à des abus». Quelle est votre position?

**M. van Bommel:** Vous m'avez posé au moins cinq ou six questions. Permettez-moi de voir si je peux répondre à toutes. Vous avez d'abord dit que les soins palliatifs sont toujours bons. Dans mon mémoire, je présente toute une série de milieux de soins que les gens, je pense, ont besoin d'examiner. On suppose que tous les soins palliatifs sont toujours bons.

À mon avis, il y a certains endroits où l'on est mieux en mesure que dans d'autres d'offrir ces soins, c'est-à-dire dans la propre maison de la personne et dans la maison d'un bon voisin, non pas nécessairement dans un établissement de santé. J'expose mes raisons à cet égard dans le mémoire.

**Le sénateur Beaudoin:** Je ne dis pas que les soins sont bons partout, mais que cela me paraît être le cas. Je ne suis pas médecin.

**M. van Bommel:** Il est important que votre comité, dans son rapport, fasse ressortir qu'il existe différentes formes de soins palliatifs, différents endroits qui peuvent les offrir, et que la plupart des soins palliatifs ne sont pas du tout coûteux. J'ai prodigué ces soins à trois membres de ma famille. Ça n'a pas coûté cher parce que je l'ai fait gratuitement et avec plaisir.

Dans mon mémoire, la question du consentement fait référence à un centre d'accueil de la région de Hamilton, qui est l'un des plus beaux de la région. Dans ce centre d'accueil, 80 p. 100 des résidents ont signé un testament biologique; s'il leur arrivait d'être

*[Text]*

kind of irreversible illness, more than 90 per cent do not want anything other than palliative care, which makes sense to me.

However, 74 per cent of them said that if they had a reversible illness they would not want anything other than palliative care. That leads me to think that 74 per cent of these people have a death wish. They are in a place they do not wish to be.

One of the questions in my brief which I address to your committee is: How many of you are looking forward to living in a nursing home? How many of us would want that? I do not think there are any of us who are looking forward to that. We are therefore putting people in places where we do not want to be and then we give them the choice of whether or not they can leave that place by not being treated. I think that is inexcusable.

I do not think you can provide consent in a legal sense to people who are put in an environment where we would not want to be ourselves. Living wills are excellent communication tools, but are deadly, literally, in a legal sense.

With respect to the issue of voluntary leading to involuntary, you asked whether people requesting death is good or bad. My argument, after inductive reasoning and looking at the evidence, because I once believed it was good, is that I believe it is bad. The consequences are too horrific and it is a choice which is too personal, one that does not look at the effects on other people.

One of the reasons why Sue Rodriguez stated that she wanted to die was that she could no longer hug her son, which tears at the hearts of all of us who have children. As someone whose mother has died, I would do almost anything to have her alive today so that she could see my son.

There is a mutual responsibility, I think, to live as long as you can to meet those responsibilities as a parent. Yes, the choice to kill yourself or to have death leads to consequences that are wrong and are hurtful to people.

**Senator Beaudoin:** In itself?

**Mr. van Bommel:** Yes, in itself.

**Senator Beaudoin:** Not because of the consequences mainly?

**Mr. van Bommel:** I am not sure how you separate them. I am not sure I can separate them. I am not philosopher enough for that. I have to look at what are the consequences, and therefore what truth comes from that.

I do not think as humans we know when life begins or ends, therefore we are not competent to make those choices in a legal sense.

*[Traduction]*

atteints d'une maladie incurable, plus de 90 p. 100 ont déclaré ne vouloir rien d'autre que des soins palliatifs, ce qui me paraît sensé.

Cependant, 74 p. 100 de ces personnes ont dit que si elles avaient une maladie curable, elles ne voudraient rien d'autre que des soins palliatifs. Cela m'amène à croire que 74 p. 100 de ces personnes souhaitent mourir. Elles se trouvent dans un endroit où elles ne veulent pas être.

L'une des questions qui se trouvent dans mon mémoire et que je pose à votre comité est la suivante: Combien d'entre vous ont hâte de vivre dans un centre d'accueil? Combien d'entre nous aimeraient cela? Je ne pense pas qu'il y ait personne ici qui ait hâte que cela se produise. Par conséquent, nous plaçons les gens dans des endroits où nous ne voudrions pas être et nous leur donnons le choix de quitter cet endroit en refusant d'être traités. Je pense que cela est inexcusable.

Je ne crois pas que l'on puisse appliquer la notion de consentement au sens légal du terme à des personnes qui sont placées dans un milieu où nous ne voudrions pas être nous-mêmes. Le testament biologique est un excellent outil de communication, mais au sens juridique du terme, littéralement parlant, c'est mortel.

En ce qui concerne la question de l'euthanasie volontaire qui mène à l'euthanasie involontaire, vous avez demandé si le fait que des personnes demandent à mourir était bon ou mauvais. Ce que je dis, après avoir procédé par raisonnement inductif et examiné les faits, parce que j'ai déjà cru que cela était bon, c'est que je crois que cela est mauvais. Les conséquences sont trop horribles et c'est un choix qui est trop personnel, un choix qui ne tient pas compte des répercussions sur les autres personnes.

L'une des raisons que Sue Rodriguez a données pour dire vouloir mourir, c'est qu'elle ne pouvait plus tenir son fils dans ses bras, ce qui déchire le cœur de tous ceux d'entre nous qui avons des enfants. Ma mère est morte, et je ferais presque n'importe quoi pour qu'elle soit vivante aujourd'hui afin qu'elle puisse voir mon fils.

Nous avons la responsabilité mutuelle, je pense, de vivre aussi longtemps que nous le pouvons pour assumer nos responsabilités en tant que parents. Oui, le choix de se tuer ou de vouloir la mort amène des conséquences qui sont néfastes et qui blessent les gens.

**Le sénateur Beaudoin:** En soi?

**M. van Bommel:** Oui.

**Le sénateur Beaudoin:** Pas principalement à cause des conséquences?

**M. van Bommel:** Je ne sais pas comment vous faites la distinction. Je ne suis pas sûr de pouvoir la faire. Je ne suis pas suffisamment philosophe pour cela. Je dois examiner quelles sont les conséquences, et par conséquent quelle vérité en découle.

Je ne crois pas qu'en tant qu'êtres humains nous savons quand la vie commence ou finit, si bien que nous ne sommes pas habilités à faire ces choix au sens légal du terme.



[Texte]

The last thing was that when you have individual choices, you rarely look at the trends that are created. The parallel for me is abortion. Regardless of one's views on abortion, if you are a person with Down's syndrome and you read in a newspaper that in Canada 90 percent of all babies who are discovered to have Down's syndrome before they are born are aborted, what does that say societally to people who are living with Down's syndrome and who may be reading those facts in a national newspapers or hearing in on television?

Individual choices to abort, regardless of your viewpoint, lead to societal trends. One of those trends is that people with Down's who are alive today may be the last of their group to live, and they find that quite frightening.

I hope that answers all the different parts of your questions.

**Senator Carstairs:** You made a number of statements, a couple of which I would like to question. You said that you did not believe that there is any pain which could not be controlled, and yet we have had evidence from oncologists and specialists in palliative care that there are cases — about 5 per cent of cancer patients, for example, whose cancer may have metastasized or whatever — where they do not feel that they can control the pain. What makes you think that is not true?

**Mr. van Bommel:** We are using different definitions for the same concept. I will answer your question in a couple of way. First, 40 per cent of people who have cancer have no pain associated with their illness. Most Canadians do not know that.

**Senator Beaudoin:** How many?

**Mr. van Bommel:** Forty per cent. Most Canadians believe there will be pain as soon as they are diagnosed with cancer. There is a lot of educating to do on that alone.

My mother would sit bolt up in bed and say, "I want to die. The pain is too hard, it is too much." She did not receive adequate pain management early enough in her illness. There was medication that helped her through. She was semi-comatose. I was giving her morphine injections every four hours at home. It was not effective pain control. She was in pain for those two weeks, but basically she was semi-comatose and we hope she did not feel too much.

There are people whose pain can be controlled, and thus they are pain free and alert. I suspect that even in my mother's case — she had bone cancer, brain tumour, cancer of the lungs, heart muscles, it was everywhere — that even if their disease cannot be controlled, in the last few weeks of life they can be kept pain free.

[Translation]

La dernière chose dont il a été question était que lorsque l'on fait des choix individuels, on voit rarement les tendances que l'on crée. Je trace un parallèle avec l'avortement. Peu importe votre opinion sur l'avortement, si vous êtes une personne atteinte du syndrome de Down et que vous lisez dans un journal qu'au Canada, on pratique l'avortement pour 90 p. 100 de tous les bébés chez qui on diagnostique le syndrome de Down avant la naissance, quel message la société envoie-t-elle aux gens qui sont atteints du syndrome de Down et qui vont peut-être lire ces faits dans un journal national ou les entendre à la télévision?

Le choix individuel d'avorter, peu importe votre point de vue, crée des tendances sociales. L'une de ces tendances, c'est que les gens qui sont atteints du syndrome de Down et qui vivent aujourd'hui sont peut-être les derniers de leur groupe à vivre, et ils trouvent cela plutôt effrayant.

J'espère que cela répond aux différentes parties de vos questions.

**Le sénateur Carstairs:** Vous avez fait un certain nombre de déclarations, et j'aimerais vous poser des questions sur quelques-unes d'entre elles. Vous avez dit que vous ne croyiez pas qu'il y ait de douleur qui ne puisse être contrôlée et pourtant, des oncologues et des spécialistes des soins palliatifs sont venus témoigner devant nous et ont dit qu'il y a, par exemple, environ 5 p. 100 de patients atteints de cancer avec métastases ou d'une autre maladie chez qui il est impossible de contrôler la douleur. Qu'est-ce qui vous fait croire que cela n'est pas vrai?

**M. van Bommel:** Nous utilisons des définitions différentes pour le même concept. Je vais répondre à votre question de deux façons. Premièrement, 40 p. 100 des personnes atteintes de cancer n'éprouvent aucune douleur du fait de leur maladie. La plupart des Canadiens ne le savent pas.

**Le sénateur Beaudoin:** Combien?

**M. van Bommel:** Quarante pour cent. La plupart des Canadiens croient qu'ils vont éprouver de la douleur dès qu'on diagnostiquera un cancer chez eux. Il y a beaucoup d'éducation à faire à ce seul sujet.

Parfois, ma mère s'assoyait carré dans son lit et disait: «Je veux mourir. La douleur est trop forte, c'est trop». Elle n'a pas reçu de traitement adéquat de contrôle de la douleur suffisamment tôt dans sa maladie. Elle a toutefois pris des médicaments qui l'ont aidée. Elle était dans un état de semi-coma. Je lui donnais des piqûres de morphine toutes les quatre heures à la maison. Il ne s'agissait pas d'un contrôle efficace de la douleur. Elle a éprouvé de la douleur pendant ces deux semaines, mais dans l'ensemble, elle était dans un état de semi-coma et nous espérons qu'elle n'a pas trop souffert.

Chez certaines personnes, on peut contrôler la douleur, et elles ne sentent rien, elles sont éveillées. Je suppose que même dans le cas de ma mère (elle avait le cancer des os, une tumeur au cerveau, le cancer des poumons, des problèmes cardiaques, plus rien ne fonctionnait normalement dans son système) il est possible, même si la maladie ne peut être guérie, de soulager la douleur des malades au cours des dernières semaines de leur vie.

[Text]

Several physicians who have appeared before this committee have said that there are circumstances, albeit rare, where you have to anaesthetize someone to control their pain. Dr. Balfour Mount said that in 20 years of experience he has only done this three or four times. As Dr. Louis Dionne also said to the committee, the patient is allowed to wake up and determine the extent to which the pain has been controlled and whether to continue sleeping, staying alert or semi-alert. That is not the same as allowing someone to die in pain because we have been unable to manage their pain in their last few weeks.

It has rarely been mentioned before this committee that people who receive good palliative care early in their disease tend to live much longer than anyone anticipated because they do not have pain. They have emotional and spiritual support, and, of course, that makes a huge difference in whether or not you want to live.

**Senator Carstairs:** You actually alluded to my next question, but I do not think you answered it, so now I want you to answer it. Will my assisted suicide diminish the life of another person? I would like to hear your comments on that. If someone has made a decision with their family that they will be euthanized or they will have an assisted suicide, and their family agrees to this, how does that diminish them or diminish their life?

**Mr. van Bommel:** I said that it would diminish the lives of others. If you have been diagnosed with ALS, cerebral palsy or terminal cancer and have read the press reports of the last six months, you might be suicidal as well.

What society has done is say to people who are suffering or who are perceived to be suffering that their life is less valued, and even if it is valued, that they are somewhat of a burden. Even if you are not perceived as being a burden, the fact that valued people in society are choosing to die lends one to question one's own beliefs and one's own reasoning.

This week in Hamilton, a mother and her son, who has cerebral palsy, died in what the press called a "murder-suicide". I do not know where this is a copy-cat case of what happened in Saskatchewan. What I do know, however, is that many people whose children have disabilities have, in the last few months, questioned their choice of keeping their children at home or have questioned their ability to care for their children at home.

We learn through the media that in the case of the Latimer family the community is now surrounding the family to help them through the crisis of the charges against the father. That community needed to be taught how to help that family before Tracey was killed.

If I were a notable Canadian with an illness who did not want to live and I received some press, other people with illnesses would say, as a result of the media attention, "If he thinks his life is not worth living, and he has a loving wife and a kid who

[Traduction]

Plusieurs médecins qui ont comparu devant votre comité ont dit que dans certaines circonstances, mais rarement, il faut anesthésier quelqu'un pour contrôler sa douleur. Le docteur Balfour Mount a dit que dans ses vingt ans d'expérience, il n'avait eu à recourir à cette pratique que trois ou quatre fois. Comme l'a dit également le docteur Louis Dionne au comité, on permet au patient de se réveiller et de déterminer si la douleur est contrôlée ou s'il continuera de dormir, s'il va rester conscient ou à demi-éveillé. Ce n'est pas la même chose que de permettre à une personne de mourir dans la douleur parce qu'on a été incapable de contrôler sa douleur au cours des dernières semaines de sa vie.

On a rarement dit devant le comité que les personnes qui reçoivent de bons soins palliatifs au début de leur maladie ont tendance à vivre beaucoup plus longtemps que ce que l'on prévoit parce qu'elles ne ressentent pas de douleur. Elles profitent d'un soutien émotionnel et spirituel et, bien sûr, cela fait une grande différence quant à savoir si l'on veut vivre ou non.

**Le sénateur Carstairs:** Vous avez fait allusion à ma prochaine question, mais je ne pense pas que vous y ayez répondu, j'aimerais maintenant que vous le fassiez. Est-ce que le suicide assisté d'une personne diminue la vie d'une autre? J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Si quelqu'un décide avec sa famille qu'il veut être euthanasié ou qu'il veut un suicide assisté, et que la famille est d'accord, en quoi cela les diminue-t-il eux ou leur qualité de vie?

**M. van Bommel:** J'ai dit que cela diminuerait la qualité de la vie des autres. Si on diagnostique chez vous la SLA, la paralysie cérébrale ou un cancer, et que vous avez lu les journaux au cours des six derniers mois, il se pourrait que vous ayez aussi des tendances suicidaires.

Ce que fait la société, c'est de dire aux gens qui souffrent ou qui sont perçus comme étant souffrants que leur vie a moins de valeur, et que même si elle avait de la valeur, qu'elles sont en quelque sorte un fardeau. Même si vous n'êtes pas perçu comme étant un fardeau, le fait que les personnes valorisées dans la société choisissent de mourir vous amène à vous interroger sur vos propres croyances et votre propre raisonnement.

Cette semaine à Hamilton, une mère et son fils, qui souffrait de paralysie cérébrale, sont morts dans ce que la presse a qualifié de «meurtre suicide». Je ne sais pas si c'est une copie conforme de ce qui s'est produit en Saskatchewan. Ce que je sais cependant, c'est que bien des gens dont les enfants ont des infirmités ont, au cours des derniers mois, remis en question leur choix de garder leurs enfants à la maison ou se sont interrogés sur leur capacité d'en avoir soin à la maison.

Les médias nous apprennent que dans l'affaire Latimer, la communauté entoure maintenant la famille pour l'aider à traverser cette crise et à faire face aux accusations qui sont portées contre le père. On aurait dû montrer à ces gens comment venir en aide à cette famille avant que Tracy ne soit tuée.

Si j'étais un Canadien connu atteint d'une maladie, qui ne voudrait pas vivre, et que la presse s'intéressait à mon cas, d'autres malades pourraient aussi dire, en voyant l'attention que m'accorderaient les médias: «S'il pense que sa vie ne vaut pas la



[Texte]

thinks he is wonderful, then what about me? I live by myself." Another person might say, "I live in a nursing home. All of my family is either dead or gone. What am I fighting for? Why am I still alive?" Those are the wrong questions for these people to be asking. I hope that members of my family do not have to ask them.

**Senator Carstairs:** You are saying that it does not necessarily diminish the lives of the people around the person, but the broader community whose lives are diminished.

**Mr. van Bommel:** Even if the people around you agree with your decision at the time, they have to live with that choice. As the debate continues, they will question their participation or their agreement because it is irreversible.

**Senator Carstairs:** To be fair, we are doing that now with "do not resuscitate" orders, with discontinuance of treatment, and those kinds of things.

**Mr. van Bommel:** The Nancy B. case is said to be a case that is separate from euthanasia and assisted suicide. I would disagree with that. This was a woman who was isolated from her community, living alone in a private room. The highlight of her day was soap operas and TV talk shows. I do not know about you, but two years of that would be pretty nauseating.

Her choice to die may have been legal, but I am saddened by it. If she had been allowed to use the intelligence and determination which she used in the last two years of her life to get the legal right to die, which already existed, to live and work in the community, as many people with her illness do, her life would have been very different. I believe that that was an unnecessary death.

**Senator Corbin:** Do you consider that a doctor visiting a terminally ill person once a day, or once every second day, and administering whatever plain relief is required, is palliative care?

**Mr. van Bommel:** I do not think the definition of palliative care comes from the frequency of visits by health care professionals. Palliative care is at its best when the person is as pain-free as possible. I assume most people have some sort of pain. My lower back has been in terrible shape for a year.

Good palliative care basically allows the pain associated with their illness to be controlled, ensures that they are alert and able to participate in their family life, if they so choose, although some do not. It allows them to participate in their community, if possible. It gives them the physical, emotional, spiritual and informational supports they need to live life fully.

How that is done is very relative to each individual case. It may require the presence of a physician once a week or twice a day. More often than not, it does not require a lot of day-to-day contact with a physician. More often, it is contact with family

[Translation]

peine d'être vécue, lui qui a une femme qui l'aime et un enfant qui pense qu'il est merveilleux, que dire de la mienne? Je vis seul». Une autre personne pourrait dire: «Je vis dans un centre d'accueil. Toute ma famille est morte ou partie. Pourquoi est-ce que je me bats? Pourquoi suis-je toujours en vie?» Ce sont là des questions que les gens ne devraient pas se poser. J'espère que les membres de ma famille n'auront pas à se les poser.

**Le sénateur Carstairs:** Vous voulez dire que cela ne diminue pas nécessairement la qualité de vie des gens autour de la personne, mais celle de la communauté dans son ensemble.

**M. van Bommel:** Même si les gens qui vous entourent acceptent votre décision, ils vont devoir vivre avec ce choix. Au fur et à mesure que le débat va se poursuivre, ils vont remettre en question leur participation ou leur accord parce qu'il est irréversible.

**Le sénateur Carstairs:** À vrai dire, c'est ce que nous faisons à l'heure actuelle dans les directives de «non-réanimation», on fait la même chose quand on cesse les traitements, et cetera.

**M. van Bommel:** On dit que l'affaire Nancy B. n'est pas un cas d'euthanasie ou de suicide assisté. Je ne suis pas d'accord. Il s'agissait d'une femme qui était coupée de la collectivité, qui vivait seule dans une chambre. Ce qui faisait l'intérêt de sa journée, c'étaient les romans-savon et les talk-shows à la télévision. Je ne sais pas ce que vous en pensez, mais deux ans d'un tel régime, cela doit avoir de quoi vous dégoûter.

Son choix de mourir était peut-être légal, mais il m'attriste. Si on lui avait donné la chance d'utiliser l'intelligence et la détermination dont elle a fait preuve au cours des deux dernières années de sa vie pour obtenir le droit légal de mourir, droit qui existait déjà, pour vivre et travailler dans la collectivité, comme beaucoup de gens atteints de la même maladie qu'elle le font, sa vie aurait été très différente. Je crois que sa mort a été inutile.

**Le sénateur Corbin:** Estimez-vous que le médecin qui rend visite à une personne en phase terminale une fois par jour, ou une fois tous les deux jours, et qui lui administre le médicament contre la douleur dont elle a besoin prodigue des soins palliatifs?

**M. van Bommel:** Je ne crois pas que l'on définisse les soins palliatifs en fonction de la fréquence des visites du professionnel de la santé. L'idéal visé par les soins palliatifs est que la personne souffre le moins possible. Je suppose que la plupart des gens éprouvent une certaine forme de douleur. J'ai affreusement mal au bas du dos depuis un an.

En gros, quand on donne de bons soins palliatifs, on contrôle la douleur qui est associée à la maladie, faisant ainsi en sorte que la personne soit éveillée et capable de participer à la vie familiale, si elle le désire, bien que certaines ne veulent pas. Cela permet à la personne de participer aux activités de sa collectivité, si possible. Ainsi, elle a l'appui physique, émotionnel, spirituel et informationnel dont elle a besoin pour vivre pleinement sa vie.

Quant à savoir comment accorder cet appui, cela dépend de chaque personne. Il se peut qu'on ait besoin d'un médecin une fois par semaine ou deux fois par jour. Plus souvent qu'autrement, on n'a pas réellement besoin d'un contact quotidien

[Text]

members who have been taught to provide basic nursing care, or home care services.

**Senator Corbin:** You are a writer, I gather.

**Mr. van Bommel:** On a good day, yes, sir.

**Senator Corbin:** I know what you mean; you need the inspiration. However, you are not writing novels, you are writing about real life.

**Mr. van Bommel:** Yes, non-fiction.

**Senator Corbin:** Have you a good understanding of the degree and quality of palliative care that is now being offered in Canada on a province-by-province basis? Have you examined that sector? If you have, what do you think of it?

**Mr. van Bommel:** I am unable to give a province-by-province opinion of that. However, I think there is an overemphasis on formalized programming.

**Senator Corbin:** What precisely do you mean by that?

**Mr. van Bommel:** Formalized programs would be a service that is called a palliative care service or a hospice service.

**Senator Corbin:** It is a tag.

**Mr. van Bommel:** It is a tag. It is run by either professional staff in a hospital or in a free-standing hospice, of which we have very few. Informal programs are when family members are taught, by home care nurses, their family physician or others, how to provide support in the home or the hospital.

When my mother was in the hospital, we were always asked to leave the room when care was being provided to her. Then one day we were told, "There is nothing more we can do. You can take her home tomorrow." From one day to the next we were supposed to learn how to provide bed care, how to give injections and all sorts of other things. We needed to learn those things at the hospital before we took her home. That would have been good palliative care teaching, but it does not necessarily require a palliative care expert. A good nurse can teach that.

There are over 300 palliative care programs in the country, two-thirds of which are in rural areas. The most effective, on a day-to-day basis, are community hospice groups which provide care in the homes through volunteers and training and education of families and such. There is also excellent care in some institutions and some free-standing hospices.

My fear is that the media will look at palliative care as yet another form of health care which needs to be institutionalized and will encourage people that that is the best place to go. The hospice and euthanasia movements started in the 1970s to try to

[Traduction]

avec le médecin. Plus souvent, ce sont les membres de la famille, à qui on a montré comment prodiguer les soins infirmiers de base ou assurer les services à domicile, qui s'occupent du malade.

**Le sénateur Corbin:** Vous êtes écrivain, je pense.

**M. van Bommel:** Dans mes bons jours, oui, monsieur.

**Le sénateur Corbin:** Je sais ce que vous voulez dire, vous avez besoin d'inspiration. Cependant, vous n'écrivez pas des romans, vous rédigez des ouvrages sur les choses réelles de la vie.

**M. van Bommel:** En effet, ce n'est pas de la fiction.

**Le sénateur Corbin:** Est-ce que vous avez une bonne idée du niveau et de la qualité des soins palliatifs qui sont offerts actuellement au Canada, et ce, dans les provinces? Avez-vous étudié ce secteur? Si oui, qu'en pensez-vous?

**M. van Bommel:** Je suis incapable de vous dire ce qui se fait dans les provinces. Cependant, je pense que l'on insiste trop sur les programmes officiels.

**Le sénateur Corbin:** Qu'est-ce que vous voulez dire exactement?

**M. van Bommel:** Les programmes officiels, c'est ce qu'on appelle les services de soins palliatifs ou les services de soins institutionnels.

**Le sénateur Corbin:** C'est une appellation.

**M. van Bommel:** C'est exact. Ces programmes sont administrés par le personnel spécialisé d'un hôpital ou d'un centre privé, et il y en a très peu. Les programmes informels sont des programmes dans le cadre desquels des infirmières qui prodiguent des soins à domicile, le médecin de famille ou d'autres personnes enseignent aux membres de la famille comment donner du soutien au malade à la maison ou à l'hôpital.

Lorsque ma mère était à l'hôpital, on nous demandait toujours de quitter la chambre lorsqu'on venait lui donner des soins. Et puis un jour, on nous a dit: «On ne peut plus rien faire. Vous pouvez la ramener à la maison demain». Du jour au lendemain, nous étions supposés apprendre comment lui donner des soins au lit, lui faire des injections et lui prodiguer toutes sortes de soins. Il nous aurait fallu apprendre ces choses à l'hôpital avant de la ramener à la maison. Ça, ç'aurait été une bonne façon de nous montrer à donner des soins palliatifs, et pour ce faire, on n'a pas nécessairement besoin d'un spécialiste. Une bonne infirmière peut nous enseigner quoi faire.

Il existe plus de 300 programmes de soins palliatifs au Canada, dont les deux tiers sont offerts dans des régions rurales. Les plus efficaces sont les programmes offerts quotidiennement par les groupes communautaires de certaines institutions qui donnent des soins à domicile par l'intermédiaire de bénévoles ainsi que par la formation et l'information des familles. D'excellents soins sont aussi donnés dans certains établissements et dans certains centres privés.

Ce que je crains, c'est que les médias vont considérer les soins palliatifs comme une autre forme de soins de santé qui doivent être donnés dans les institutions et vont encourager les gens à croire que c'est le meilleur endroit où aller. On a commencé à



[Texte]

meet the needs of dying people. They obviously picked different routes, but they came from the same source.

**Senator Corbin:** You probably detected the high degree of interest in this issue by the media. The seats in the back of this room are reserved for the press. There is no one there. That is the situation every day.

If this committee came to a consensus and said "There will be no euthanasia in Canada," as the House of Lords did, we can anticipate that there would be quite a strong reaction from the press. The next morning we would read interviews with proponents of euthanasia, with very little consideration given to the basic assumptions on why we should not have euthanasia in this country.

Am I depicting a realistic scenario?

**Mr. van Bommel:** Not only that, but you would all be depicted as very conservative, out-dated and out of touch with reality.

In the summer, I was interviewed by a journalist who did an eight-part series on euthanasia. She spent half a day with me. In trying to understand my belief, she asked me a simple question. She said, "What would you do if you were a physician in an emergency ward and an 80-year-old man came in with respiratory arrest? Would you resuscitate him?" I said, "Is he sick?" She said, "He's 80 years old and he has respiratory arrest." I said, "Yes, but is he sick?" She could not figure out what that meant.

That is the kind of education that you need to combat. I do not know how successful you can be. Certainly there are some of us outside the Senate hearings who are doing our best. None of my three books on hospice care are anywhere near the "top ten". Whenever I do a public presentation on palliative care in Metro Toronto, about 50 people show up. When the topic is euthanasia, about 500 people show up. It is a massive education problem, which is why I think we have to be much more assertive and aggressive.

**Senator Corbin:** So you would favour any recommendation we would make along the lines of greater public education. I do not want to sound paternalistic, but you do detect a real need in that area?

**Mr. van Bommel:** I compare it, as I did in my brief, to smoking and to drunk driving. When those issues came up for discussion, the media was very much opposed to the concept of restricting personal choice around smoking or restricting the ability of people to drive just because they had one or two drinks. It took about ten years to change that around and I suspect it will take the same to do this.

[Translation]

parler de centres d'accueil et d'euthanasie dans les années 1970 dans le but de répondre aux besoins des mourants. De toute évidence, les deux concepts ont pris des orientations différentes, mais la source est la même.

**Le sénateur Corbin:** Vous avez probablement remarqué l'intérêt très marqué des médias pour la question. Les sièges à l'arrière de cette salle sont réservés à la presse. Il n'y a personne. C'est comme cela tous les jours.

Si notre comité en venait à atteindre un consensus et disait que l'euthanasie sera interdite au Canada, comme la Chambre des lords l'a fait, nous pourrions nous attendre à une réaction assez forte de la part des médias. Le lendemain, on lirait des entrevues avec des tenants de l'euthanasie qui ne tiendraient pas vraiment compte des hypothèses de base sur lesquelles nous nous serions appuyés pour dire que l'euthanasie ne devrait pas être permise au Canada.

Est-ce que je suis en train de donner un scénario réaliste?

**M. van Bommel:** En plus de cela, vous seriez tous décrits comme des gens très conservateurs, dépassés et déconnectés de la réalité.

L'été dernier, j'ai été interviewé par une journaliste qui faisait une série d'articles en huit volets sur l'euthanasie. Elle a passé une demi-journée avec moi. Pour essayer de comprendre mon opinion, elle m'a posé une question simple. Elle m'a dit ceci: «Que feriez-vous si vous étiez médecin dans une salle d'urgence et qu'arrivait un homme de 80 ans victime d'un arrêt respiratoire? Le réanimeriez-vous?» Je lui ai demandé ceci: «Est-il malade?» Elle a dit: «Il a 80 ans et il ne respire plus». J'ai dit: «Oui, mais est-il malade?» Elle n'arrivait pas à comprendre ce que je voulais dire.

C'est contre ce genre d'attitude qu'il faut se battre. Je ne sais pas jusqu'à quel point on peut y arriver. Certes, hormis les délibérations des sénateurs, certains d'entre nous tentons aussi de faire de notre mieux. Aucun des trois livres que j'ai écrits sur les soins dans les centres d'hébergement n'est parmi les best-sellers. Lorsque je fais un exposé sur les soins palliatifs dans la grande région de Toronto, environ 50 personnes se présentent. Lorsqu'il est question d'euthanasie, 500 personnes viennent m'entendre. Il s'agit d'un problème massif d'information, et c'est la raison pour laquelle il nous faut beaucoup mieux faire valoir notre point de vue et foncer.

**Le sénateur Corbin:** Donc, vous seriez d'accord pour que l'on recommande de mieux informer le public. Je ne veux pas avoir l'air paternaliste, mais vous décelez un véritable besoin dans ce domaine, n'est-ce pas?

**M. van Bommel:** Je compare ce problème, comme je l'ai fait dans mon mémoire, au tabagisme et à la conduite en état d'ébriété. Lorsque ces deux questions ont été amenées sur le tapis, les médias étaient très opposés à l'idée de restreindre le choix personnel en ce qui concerne la cigarette ou à restreindre la capacité de conduire d'une personne simplement parce qu'elle avait pris un ou deux verres. Il a fallu environ 10 ans pour changer les mentalités et je crains que nous devions attendre aussi longtemps pour ce qui est de l'euthanasie.

[Text]

**Senator Corbin:** Do you see any vacuums in the way palliative care is currently delivered in this country?

**Mr. van Bommel:** I see huge gaps. Even people within the field of palliative care do not always agree on what the term means, when it should start, when it should end, who should provide it and where it should be provided. I hope that as a result of this committee there will be a renewed interest on the part of the palliative care community to define some of its own terms and to define more clearly its own philosophy of how to provide the care.

I was recently at a leadership forum for palliative care leaders. Some of them said to me, "Did you know that 'hospice' does not mean a 'free-standing building'?" These are leaders in the field who do not understand what hospice means. A lot of education is necessary within that field as well. Many of the leaders are trying very hard, but they are strapped for time especially, and there is not yet the coordinated effort. The Canadian Palliative Care Association is new. Many of the provincial palliative care associations are also new. It will take time for them to bring all of this together.

**Senator Corbin:** Of course you would say that there must be a political will as well.

**Mr. van Bommel:** Absolutely.

**Senator DeWare:** I agree with you on palliative care. All through our hearings people have said that we need more of it. We have to be cautious to make it clear, as you have just stated, that palliative care does not mean mortar and bricks. You are probably familiar with the New Brunswick situation of the extra-mural hospital. That form of palliative care is working very well in that province.

People are recommending more, of course. They are also recommending more funds for the study of pain management. A witnesses in the field of education also told us that there has to be more palliative care teaching for doctors in the family practice part of their education.

There was an article in the paper the other day about a mother and her 16-year-old handicapped son who were found dead in a garage, possible suicide victims. Someone suggested to me that the Latimer case may have triggered this, that the mother may have known that if she just killed her son she would end up in the same situation as Mr. Latimer.

Someone very close to this committee said, "We are going to have to do something about that." I think that the "something about that" is along the lines you are recommending.

[Traduction]

**Le sénateur Corbin:** À votre avis, y a-t-il des vides à combler dans la façon dont les soins palliatifs sont actuellement prodigués au Canada?

**M. van Bommel:** Oui, il y a des lacunes énormes. Même les gens qui travaillent dans le domaine des soins palliatifs ne sont pas toujours d'accord sur la signification de l'expression, sur le début et la fin de ces soins, sur les personnes qui devraient les donner et sur l'endroit où ces soins devraient être offerts. J'espère qu'à la suite des travaux de votre comité, les responsables des soins palliatifs seront plus enclins à redéfinir certaines de leurs notions et à clarifier la philosophie sous-jacente à la prestation des soins.

J'ai participé dernièrement à un forum pour les chefs de file en matière de soins palliatifs. Certains des participants m'ont dit: «Est-ce que vous saviez que le terme «centre d'accueil» ne correspond pas à la notion d'édifice indépendant?» Ce sont des responsables des soins palliatifs qui ne comprennent pas ce que l'on entend par un centre d'accueil. Il y a encore beaucoup d'éducation à faire dans ce domaine également. Nombre de responsables des soins palliatifs font de leur mieux, mais ils manquent surtout de temps et les efforts ne sont pas encore coordonnés. La *Canadian Palliative Care Association* est nouvelle. Et c'est aussi le cas de nombreuses associations provinciales de ce genre. Elles vont devoir mettre du temps pour tout coordonner.

**Le sénateur Corbin:** Il est certain qu'on doit aussi compter sur la volonté politique.

**M. van Bommel:** Absolument.

**Le sénateur DeWare:** Je suis d'accord avec vous en ce qui concerne les soins palliatifs. Tout au cours de nos délibérations, les gens ont dit qu'il en fallait plus. Et nous devons nous assurer de bien préciser, tout comme vous venez juste de le faire, que les soins palliatifs, ce n'est pas seulement une question qui relève de l'architecture. Vous êtes probablement au courant de l'existence de l'hôpital extramural qu'il y a au Nouveau-Brunswick. Cette forme de soins palliatifs est très efficace dans cette province.

Bien sûr, les gens recommandent d'implanter plus de programmes de soins palliatifs. Ils recommandent également que davantage de fonds soient consacrés à l'étude de la gestion de la douleur. Un témoin du domaine de l'éducation nous a dit également qu'il devrait y avoir plus de cours sur les soins palliatifs offerts aux médecins de pratique familiale, dans le cadre de leurs études.

J'ai lu un article dans le journal l'autre jour au sujet d'une mère et de son fils handicapé de 16 ans et que l'on a retrouvés morts dans un garage, et qui se seraient suicidés. Certains m'ont dit que l'affaire Latimer pouvait être à la source de cette situation, que la mère savait probablement que si elle ne faisait que tuer son fils, elle se retrouverait dans la même position que M. Latimer.

Quelqu'un très proche de notre comité a dit ceci: «Nous allons devoir faire quelque chose à ce sujet». Je crois qu'il voulait parler de mesures assez semblables à celles que vous recommandez.



[Texte]

I am personally convinced that if the support team had been there for the Latimer family, had been able to keep that child out of pain, had been able to remove that child for a month or so and had given the family time to consider their options, possibly Mr. Latimer would not have to leave his family and two siblings with no support.

The same applies in this more recent case. Before any decisions are made on legalizing euthanasia or assisted suicide, we must decide whether it would ever be necessary if proper palliative care was available.

Is that the gist of your brief?

**Mr. van Bommel:** There will always be suicidal people. Palliative care will diminish the requests substantially, but there will always be people who want to die for whatever personal reasons. We have traditionally said that that is possible but that we will not help you, that the consequences of helping you are terrible. My brief looks at more examples of that.

I would like to highlight the devaluing of people, especially disabled people. My godson had surgery when he was four months old, after which he was labelled in his medical file as deaf, dumb, blind, mentally retarded, severe cerebral palsy, quadriplegic, and several other things.

Had he been born recently, he would not have received the type of care and support he did receive. He was able to go home. His family encouraged friends and extended family members to spend time playing with him every day. He gave absolutely no response. No one knew whether he had any pain because there was no response. He sat in a chair and drooled all day.

His first word was "alligator". He was able to watch us, after about three to six months. He was able to move his arms and legs, although not in the same way you and I do, but he could kick, or knock down a tower of toys. He loved music, so he obviously could hear. His word for music was the same as his word was for me. It was "Aha", for Harry, because I played guitar for him. He was able to go to grade 1. There were lots of problems associated with that, but it was finally arranged and he had a wonderful time.

That is why I hesitate when I read that someone has severe cerebral palsy. We underestimate and devalue people with disabilities with the words we use to describe them.

**Senator Keon:** You said that everyone has the freedom to commit suicide should they so choose and that that freedom should be respected.

A number of people have come before us and expressed concern about being in organized palliative care programs because they surrender that freedom. How would you address their concerns?

[Translation]

Je suis personnellement convaincu que si l'équipe de soutien avait été là pour la famille Latimer, si elle avait été capable de contrôler la douleur de l'enfant, si on avait retiré l'enfant de la maison pendant un mois environ et qu'on avait donné à la famille le temps de réfléchir à ses choix, M. Latimer n'aurait sans doute pas eu à quitter sa famille en laissant ses deux enfants sans soutien.

La même chose s'applique dans ce cas plus récent. Avant de prendre quelque décision que ce soit sur la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, nous devons décider si l'euthanasie ou le suicide assisté devraient jamais s'avérer nécessaires si les malades avaient accès à de bons soins palliatifs.

Est-ce ce que vous proposez dans votre mémoire?

**M. van Bommel:** Il y aura toujours des personnes suicidaires. Grâce aux soins palliatifs, on va faire diminuer le nombre de demandes de façon substantielle, mais il y aura toujours des personnes qui voudront mourir pour des raisons personnelles. On a toujours dit que les gens pouvaient être aidés à mourir, mais que nous ne le ferions pas, que les conséquences de cette aide sont terribles. Mon mémoire renferme d'autres exemples.

J'aimerais attirer votre attention sur la dévalorisation des gens, plus particulièrement des personnes handicapées. Mon filleul a été opéré lorsqu'il avait quatre mois, après quoi on a inscrit dans son dossier médical qu'il était sourd, muet, aveugle, handicapé mental, qu'il souffrait de paralysie cérébrale grave, qu'il était quadriplégique et ainsi de suite.

S'il était né récemment, il n'aurait pas reçu le type de soins et l'appui qu'il a eus. Il a pu rentrer à la maison. Sa famille encourageait les amis et les membres de la famille à venir jouer avec lui tous les jours. Il ne réagissait absolument pas. Personne ne savait s'il avait de la douleur parce qu'il ne réagissait pas. Il s'assoyait dans une chaise en bavant toute la journée.

Le premier mot qu'il a dit, c'est «alligator». Il était capable de nous suivre des yeux, après trois à six mois environ. Il était capable de bouger les bras et les jambes, pas de la même façon que vous et moi, mais il pouvait donner des coups de pied, ou faire tomber un amoncellement de jouets. Il aimait la musique, donc de toute évidence il entendait. Le mot qu'il utilisait pour décrire la musique était le même que celui qu'il utilisait pour me désigner. C'était «Aha» pour Harry, parce que je jouais de la guitare pour lui. Il a été capable d'entrer à l'école en première année. Cela a causé beaucoup de problèmes, mais les choses se sont finalement arrangées et il a passé des moments merveilleux.

C'est la raison pour laquelle j'ai une hésitation lorsque je lis que quelqu'un est atteint de paralysie cérébrale grave. Nous sous-estimons et dévalorisons les gens qui ont des infirmités avec les mots que nous utilisons pour les décrire.

**Le sénateur Keon:** Vous avez dit que quiconque est libre de se suicider s'il en décide ainsi et que cette liberté devrait être respectée.

Plusieurs témoins qui ont comparu devant nous se sont dits inquiets de participer à des programmes de soins palliatifs organisés parce qu'ils doivent renoncer à leur liberté. Que diriez-vous à ces gens?

## [Text]

**Mr. van Bommel:** Whenever someone chooses to die, we have to respect, as you say, their choice; but, we need to be consciously saddened by it every time because I believe suicide is a failure. Hence, we should not encourage, tolerate or suggest that these are good decisions that people make.

My only experience about whether people surrender that freedom in palliative care is with my grandfather. After having had his stomach removed at the age of 92, he was on his deathbed. His doctor said to him, "If you die now, sir, as the other doctors say, you will be committing suicide and will go straight to hell." He lived another seven months.

Those seven months were not pleasant ones. It was a burden that was not necessary, I believe. However, at the end of the seven months, he decided he could not eat any more. He would not eat any more. He refused to eat anything nothing but sugar water.

The second day after he made that decision, we went to see him at his house. He said, "I want a ham sandwich." As a family, we got together and said, "Is he competent or delirious? Yesterday he asked for nothing, and now he wants a ham sandwich." After 30 seconds, we decided to give him a ham sandwich because he might be hungry. We gave him the ham sandwich. He took a bite from it and said, "I just wanted to see if you would give it to me." He then stopped eating and died two weeks later.

People want control, which is different than choice. Choice implies "I must die to have control". Many people just want control. If you talk to people in palliative care programs — the formal ones, if you like — how many people ask for euthanasia? I think the number is negligible. The percentage is very small, so I do not think it is a concern of people in palliative care. I think it is a concern of the worried well who worry what will happen when they are in that situation. We worry about losing control. Palliative care philosophy is about giving control in as many ways as possible, except that one, which is to help you die.

**Senator Keon:** In Vancouver, we heard testimony that suggested that some of the AIDS patients in palliative care programs found a way to assist each other in suicide. This suggests that what you have just said is correct in 99.9 per cent of the cases, but not always.

**Mr. van Bommel:** My question would be this: What does it mean when they are part of a palliative care program? How actively are they involved? Is it just pain and symptom control in an outpatient clinic?

## [Traduction]

**M. van Bommel:** Lorsque quelqu'un choisit de mourir, nous devons, comme vous dites, respecter son choix; mais nous devons aussi être attristés par cette décision chaque fois parce que je crois que le suicide est un échec. Ainsi, nous ne devrions pas favoriser ou tolérer ces décisions, ou laisser croire que ce sont de bonnes décisions que prennent les gens.

La seule expérience que j'ai au sujet de gens qui renoncent à leur liberté dans les soins palliatifs, c'est celle de mon grand-père. Après qu'on lui eut enlevé l'estomac à l'âge de 92 ans, il était sur son lit de mort. Son médecin lui a dit: «Si vous mourez maintenant, monsieur, comme les autres médecins le disent, vous allez commettre un suicide et aller directement en enfer». Il a vécu pendant encore sept mois.

Ces sept mois n'ont pas été agréables. C'était une croix qui n'était pas nécessaire, je pense. Cependant, à la fin des sept mois, il a décidé qu'il ne pouvait plus rien manger. Il refusait de manger. Il refusait de manger quoi que ce soit, sauf de prendre de l'eau sucrée.

La deuxième journée après qu'il eut pris cette décision, nous sommes allés le voir chez lui. Il a dit: «Je veux un sandwich au jambon». La famille s'est réunie et nous nous sommes dit: «Est-ce qu'il est lucide ou s'il délire? Hier, il ne voulait rien savoir et aujourd'hui il veut un sandwich au jambon». Après 30 secondes, nous avons décidé de lui donner le sandwich au jambon parce qu'il avait peut-être faim. Nous le lui avons donc donné. Il en a pris une bouchée et a dit: «Je voulais juste voir si vous me le donneriez». Il a ensuite arrêté de manger et est mort deux semaines plus tard.

Les gens veulent avoir le contrôle, ce qui est différent du choix. Ce choix implique qu'il faut mourir pour exercer son contrôle. Bien des gens veulent simplement avoir le contrôle. Si vous parlez à des gens qui participent à des programmes de soins palliatifs, je parle ici de programmes officiels, combien demandent l'euthanasie? Je crois que le nombre est négligeable. Le pourcentage est très faible, si bien que je ne crois pas que cela soit une préoccupation pour ces gens. Je pense que c'est une préoccupation qu'ont les gens qui sont en bonne santé et qui s'inquiètent de ce qui se produira lorsqu'ils seront dans cette situation. On a peur de perdre le contrôle. La philosophie des soins palliatifs consiste à donner le contrôle le plus souvent possible, sauf celui qui consiste à obtenir qu'on vous aide à mourir.

**Le sénateur Keon:** À Vancouver, nous avons entendu des témoignages selon lesquels certains sidéens qui participent à des programmes de soins palliatifs ont trouvé une façon de s'aider à se suicider. C'est dire que ce que vous venez d'affirmer est juste dans 99,9 p. 100 des cas, mais pas toujours.

**M. van Bommel:** Ma question serait la suivante: Qu'est-ce qu'on entend quand on dit qu'ils font partie d'un programme de soins palliatifs? Dans quelle mesure y participent-ils vraiment? S'agit-il simplement du contrôle de la douleur et des symptômes dans une clinique externe?



[Texte]

We must always go back to the source. Why do people choose something? Why do they think that palliative care is not for them? What is our society saying to people who have AIDS, many of whom are young and are dying at a time when the rest of us — I am of a similar age as many people dying of AIDS — are most productive and most valued? What do we say to these people? Why is it that they believe death is the answer? I do not believe that palliative care can change societal beliefs about what is valuable and invaluable.

I have one quick anecdote for you.

A woman in the United States needed an insertion in her stomach so she could receive direct feeding. She could not swallow any longer. She had dementia. She believed she was the Queen of England. It was decided that surgery was too intrusive and unkind, and that this person needed to die with dignity — all the words we have heard before. A group rallied behind this woman and made sure she got the surgery.

A few weeks later the same Boston newspaper reported that a woman in her nineties went in for exactly the same surgery. This time, the woman's name was Rose Kennedy. It was considered to be day surgery — nothing major.

We constantly devalue people, and we are then surprised when they want to die or we want them to die, as in the example of the first woman I told you about.

**Senator Beaudoin:** You do not seem to make a difference between the Rodriguez case and the Nancy B. case. Why is that? They are not the same.

**Mr. van Bommel:** They are not the same in legal terms. Nancy B. had a legal right to end her life support. However, to me, the result is no different. These two women — highly intelligent, obviously independent, and highly competent — did not see a need to live any more. Had they been surrounded by different circumstances, in different ways, I suspect both would have chosen life.

Nancy B. was isolated in a private ward in a hospital. She received visits once a week. All other visitors were paid staff who saw her on shifts. She watched television for two years. Her intellect obviously was not challenged.

**Senator Beaudoin:** But they did not die the same way. Taking away artificial support is one thing; the person is dies a natural death. If you administer an injection, that person is not dying a natural death.

Legally, there is a difference, I agree, but what about philosophically?

[Translation]

Il faut toujours remonter à la source. Pourquoi les gens choisissent-ils une option ou une autre? Pourquoi pensent-ils que les soins palliatifs ne sont pas pour eux? Quel message notre société transmet-elle aux sidéens dont bon nombre sont jeunes et meurent à une époque où nous (je suis sensiblement du même âge que bien des gens qui meurent du sida) sommes des plus productifs et des plus valorisés? Qu'est-ce que l'on dit à ces gens? Pourquoi croient-ils que la mort est la solution à leurs problèmes? Je ne crois pas que les soins palliatifs puissent changer l'opinion des gens au sujet de ce qui est valable ou non valable.

J'ai une brève anecdote à vous raconter.

Aux États-Unis, une femme avait besoin de se faire insérer un petit tube dans l'estomac afin que l'on puisse la nourrir directement. Elle ne pouvait plus rien avaler. Elle était démente. Elle se prenait pour la reine d'Angleterre. On a décidé que cette chirurgie était trop pénible pour elle et qu'elle devait mourir dans la dignité, toutes ces belles paroles que vous avez déjà entendues. Un groupe s'est formé pour appuyer cette femme et s'assurer qu'on l'opère.

Quelques semaines plus tard, le même journal de Boston signalait qu'une femme de 90 ans était entrée à l'hôpital pour subir exactement la même opération. Cette fois, c'était de Rose Kennedy dont il s'agissait. On considérait que c'était une chirurgie d'un jour, rien de grave.

On dévalorise constamment les gens, et ensuite on est surpris lorsqu'ils veulent mourir ou que nous voulons qu'ils meurent, comme c'est le cas de la première femme dont je vous ai parlé.

**Le sénateur Beaudoin:** Vous ne semblez pas faire de différence entre l'affaire Sue Rodriguez et l'affaire Nancy B. Pourquoi? Ce n'est pas la même chose.

**M. van Bommel:** Ce n'est pas la même chose sur le plan juridique. Nancy B. avait le droit, juridiquement parlant, de débrancher les appareils cardiorespiratoires qui la maintenaient en vie. Cependant, pour moi, le résultat n'est pas différent. Ces deux femmes (très intelligentes, de toute évidence indépendantes et très lucides) ne voyaient pas la nécessité de continuer à vivre. Si elles avaient vécu dans des circonstances différentes, de façon différente, je pense qu'elles auraient toutes deux choisi de vivre.

Nancy B. était isolée dans l'aile privée d'un hôpital. Elle recevait des visiteurs une fois par semaine. Toutes les autres personnes qu'elle voyait étaient des membres du personnel qui la voyaient dans leurs quarts de travail. Elle a regardé la télévision pendant deux ans. Rien pour stimuler son intelligence, de toute évidence.

**Le sénateur Beaudoin:** Mais elles ne sont pas mortes de la même façon. Le fait de débrancher des appareils cardiorespiratoires, c'est une chose, la personne meurt de façon naturelle. Si vous donnez une injection, la personne ne meurt pas de façon naturelle.

Légalement parlant, il y a une différence, je suis d'accord, mais que dire de cette différence sur le plan philosophique?

[Text]

**Mr. van Bommel:** I am not a disabled person, but let me put it in a slightly different perspective.

Whenever we allow someone to take life support away, which results in the natural death of the individual, what are we saying to people who are on life support who think they are living and not dying? We are saying, "A machine is keeping you alive, and at any time it might break and you will die. That will be a pity, but that's life."

**Senator Beaudoin:** I was in Winnipeg some time ago. I was impressed with Thérèse Ducharme, a woman who is living with a respirator. She had a card which read, "I want to live." It made a strong impression on me. No one would be against that. How could we be?

**Mr. van Bommel:** However, there are people who are.

I do not know his name, but there was a Family Court judge in Brampton who had ALS. He, together with his wife, decided that if he ever had respiratory arrest, he wanted to be put on a respirator, go home, and resume his work as a judge. When he went into respiratory arrest in the hospital, his wife had to — according to the news reports — put up a strong fight for his right to live. She was told, "This man will have to go on a respirator for the rest of his life. His quality of life will be negligible. Why would you put him through this, madam?" We encourage people to die.

That judge is living at home on a respirator. He is not able to be a presiding judge, but gives decisions on written briefs. However, he had to fight his legal profession for the right to do that. They wanted to ensure that he retired early.

**Senator Beaudoin:** Thérèse Ducharme telephoned Nancy B. and said to her, "Don't do that." She tried to influence Nancy B. That is all right; that is good enough.

Well, Nancy B. made a choice and Thérèse Ducharme is making a choice, too. Obviously we respect the choice of Thérèse Ducharme. Her courage is fantastic. However, what do you do with the other case? Do you think it should be illegal?

**Mr. van Bommel:** No. What I would like is to have seen Nancy B. leave the hospital on a respirator, go home, go to work, and then decide whether or not she wanted to live. I do not think there is such a thing as freedom of choice when you are living in a hell.

**Senator Beaudoin:** If she went home with the respirator, you recognize that she has the choice of living or not living?

[Traduction]

**M. van Bommel:** Je ne suis pas une personne handicapée, mais permettez-moi de situer les choses dans une perspective légèrement différente.

Chaque fois que l'on permet à une personne de débrancher les appareils cardiorespiratoires qui la gardaient en vie, ce qui entraîne une mort naturelle, quel message envoie-t-on aux gens qui sont branchés à ces mêmes appareils et qui pensent qu'ils vivent et non pas qu'ils meurent? Nous leur disons ceci: «Une machine vous aide à vous garder en vie, et à n'importe quel moment, elle peut se casser et vous allez mourir. Ce sera dommage, mais c'est la vie».

**Le sénateur Beaudoin:** J'étais à Winnipeg il y a quelque temps. J'ai été impressionné par Thérèse Ducharme, cette femme qui vit à l'aide d'un respirateur. Elle a une carte sur laquelle on peut lire: «Je veux vivre». Cela m'a beaucoup impressionné. Personne ne peut s'opposer à ce point de vue. Comment le pourrait-on?

**M. van Bommel:** Cependant, il y a des gens qui s'y opposent.

Je ne connais pas son nom, mais il s'agissait d'un juge du tribunal de la famille de Brampton qui était atteint de SLA. Lui et sa femme ont décidé que s'il devait avoir un arrêt respiratoire, il voulait être branché à un respirateur, revenir à la maison et reprendre son travail de juge. Lorsqu'il a eu un arrêt respiratoire à l'hôpital, sa femme a dû (d'après les comptes rendus des journaux) se battre pour le droit de vivre de son mari. On lui a dit: «Cet homme va devoir avoir un respirateur pour le reste de ses jours. Sa qualité de vie va être négligeable. Pourquoi lui feriez-vous subir cela, madame?» Nous encourageons les gens à mourir.

Ce juge vit actuellement à la maison à l'aide d'un respirateur. Il n'est pas capable d'entendre des procès, mais il rend des décisions d'après des mémoires. Cependant, il a dû s'opposer à ses confrères pour avoir le droit de faire cela. On voulait s'assurer qu'il prenne une retraite anticipée.

**Le sénateur Beaudoin:** Thérèse Ducharme a téléphoné à Nancy B. et lui a dit: «Ne faites pas cela». Elle a essayé d'influencer Nancy B. C'est bien, c'est très bien.

Nancy B. a fait un choix et Thérèse Ducharme fait elle aussi un choix. De toute évidence, nous respectons le choix de Thérèse Ducharme. Son courage est fantastique. Cependant, que faites-vous avec l'autre cas? Croyez-vous qu'il devrait être illégal?

**M. van Bommel:** Non. Ce que j'aurais aimé, ç'aurait été de voir Nancy B. quitter l'hôpital branchée à un respirateur, retourner à la maison, travailler et décider ensuite si elle voulait ou non continuer de vivre. Je ne crois pas que l'on puisse parler de liberté de choix quand on vit dans des conditions insupportables.

**Le sénateur Beaudoin:** Si elle était retournée à la maison avec un respirateur, vous reconnaissez qu'elle aurait eu le droit de décider de vivre ou de ne pas vivre?



[Texte]

**Mr. van Bommel:** People have the freedom to commit suicide. When we talk about choice and consent, people must first be in an environment which encourages life first, not one that encourages death. I do not think a hospital ward is a place to make a decision about life or death when you can be at home, you can go to work, and you can be a member of your community. When you are isolated and suffering because of that isolation, there is no such thing as informed choice in that situation. That is the difference between Sue Rodriguez and Nancy B. No, I would not change the law on suicide.

**Senator Corbin:** We have been told by medical practitioners that euthanasia is carried on in hospitals. Other doctors have said, "No, I have never heard of any case whatsoever." Then we had doctors come to us under the guise of their provincial association to make a declaratory statement on behalf of their association, which amounted to just about nothing, but then said, "We do have a personal view, and that view is that we believe euthanasia should be legalized." I hope I am not misquoting these people.

If euthanasia is currently practised, how can we explain that these people are beyond the reach of the law as currently written? In other words, what is going on? Do you know?

**Mr. van Bommel:** No. It would be nice if I did because then I could go on the lecture circuit. However, I am afraid I do not know. One of the things about euthanasia, as you know, is that there are many different definitions of it.

**Senator Beaudoin:** No doubt.

**Mr. van Bommel:** Therefore, when a doctor says, "Yes, euthanasia happens every day," what they may mean is that patients have been presumed to die before their time for some reason which the doctor does not quite understand. It could be because of medication or being taken off of a respirator. The doctor thought it would work, but it did not, and therefore the doctor thinks that is euthanasia. So the definitions make it impossible to know what is going on because people are using different definitions for what is going on.

**Senator Corbin:** Just a minute, now. We are dealing here with doctors, educated people.

**Mr. van Bommel:** Yes, but not educated in this field.

**Senator Corbin:** You give them the benefit of the doubt.

**Mr. van Bommel:** Many health care courses have not had a dying and death component to them until very recently. If it were offered, it was an option.

I have taught programs. People have told me about their training in ethics, euthanasia, and palliative care. These were optional courses. Because they were optional, some of those classes never ran because there were not enough students.

[Translation]

**M. van Bommel:** Les gens sont libres de se suicider. Lorsqu'on parle de choix et de consentement, il faut d'abord que les gens soient dans un milieu qui favorise la vie, et non la mort. Je ne crois pas qu'une aile d'hôpital soit un endroit pour prendre une décision de vie ou de mort quand on peut être à la maison, qu'on peut aller travailler et qu'on peut s'intégrer à son milieu. Lorsque vous êtes isolé et que vous souffrez à cause de cet isolement, on ne peut pas parler de choix informé. C'est ça la différence entre Sue Rodriguez et Nancy B. Non, je ne changerais pas la loi sur le suicide.

**Le sénateur Corbin:** Des médecins nous ont dit que l'euthanasie se pratique dans les hôpitaux. D'autres médecins nous ont dit: «Non, je n'ai jamais entendu parler d'aucun cas d'euthanasie». Ensuite des médecins sont venus comparaître devant nous au nom de leur association provinciale, et ils ont fait une déclaration officielle au nom de cette association, qui se résumait vraiment à peu de choses, pour ensuite dire: «Nous avons aussi notre opinion là-dessus, nous croyons que l'euthanasie devrait être légalisée». J'espère que je ne cite pas mal les propos de ces personnes.

Si l'on pratique actuellement l'euthanasie, comment pouvons-nous expliquer que les responsables ne soient pas tenus de se soumettre à la loi dans sa forme actuelle? Autrement dit, qu'est-ce qui se passe? Le savez-vous?

**M. van Bommel:** Non. Ce serait bien si je le savais parce qu'à ce moment-là je pourrais entreprendre toute une série de conférences. Cependant, j'ai bien peur de ne pas le savoir. L'une des réalités de l'euthanasie, comme vous le savez, c'est qu'on la définit de nombreuses façons différentes.

**Le sénateur Beaudoin:** C'est vrai.

**M. van Bommel:** Par conséquent, lorsqu'un médecin dit: «Oui, l'euthanasie se pratique tous les jours», ce qu'il peut vouloir dire, c'est que l'on présume que des patients sont morts avant leur temps pour une raison que le médecin ne comprend pas très bien. Cela pourrait être à cause des médicaments ou parce qu'on a débranché le respirateur qui le maintenait en vie. Le médecin pensait que cela pouvait être une solution, mais ça n'a pas marché et donc il croit qu'il s'agit d'euthanasie. Donc les définitions font qu'il est impossible de savoir ce qui se passe parce que les personnes utilisent des définitions différentes.

**Le sénateur Corbin:** Un instant. Nous parlons ici des médecins, de gens informés.

**M. van Bommel:** Oui, mais pas dans ce domaine.

**Le sénateur Corbin:** Vous leur donnez le bénéfice du doute.

**M. van Bommel:** Jusqu'à tout récemment, bien des cours sur les soins de santé ne comprenaient pas de volet sur la mort et le mourir. Quand on offrait ces cours, c'étaient des cours optionnels.

J'ai enseigné dans des programmes. Les gens m'ont parlé de leur formation en éthique, en euthanasie et en soins palliatifs. Cette formation était offerte dans des cours optionnels. Et parce que c'étaient des cours optionnels, certains d'entre eux n'ont jamais été donnés parce qu'il n'y avait pas suffisamment d'étudiants.

*[Text]*

I have been told by interns that palliative care means chronic care because a person is going to live forever. Derek Humphry in the United States actually thought that as well, that someone with osteoporosis for seven years was terminally ill. So the definitions are impossible.

**Senator Corbin:** The confusion is awesome, in other words.

**Mr. van Bommel:** Yes, it is.

**Senator Corbin:** You are not surprised to see results of Gallup polls which indicate that 70 per cent of Canadians are in favour of this sort of thing?

**Mr. van Bommel:** A Gallup poll needs to be taken of people who are dying, but I would not actually do it because it would be unfair to dying people. I would suggest, from the anecdotal information I have heard from palliative care practitioners, that the vast majority of them would not favour euthanasia for themselves and may question it for others. I am not sure. There is no data.

One of the things that frightens me about the possibility of a change in the law is that we would make a change based on supposition, including my own. I have one set of assumptions; others have different sets of assumptions. I believe it is incumbent on people who want to change the law to prove that the change will work. I do not think they can do that. I think we have to wait until they do.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much for your presentation. I will reread your brief because there is a lot of information in it.

**Mr. van Bommel:** Thank you very much and good luck.

The committee adjourned.

*[Traduction]*

Certains internes m'ont dit que les soins palliatifs signifiaient pour eux des soins de longue durée puisque la personne doit vivre pour toujours. Derek Humphry, aux États-Unis, pensait cela aussi, c'est-à-dire qu'il pensait que quelqu'un qui souffrait d'ostéoporose depuis sept ans était en phase terminale. Les définitions sont donc impossibles.

**Le sénateur Corbin:** Autrement dit, c'est la confusion totale.

**M. van Bommel:** Oui.

**Le sénateur Corbin:** Vous n'êtes pas étonné de voir les résultats des sondages Gallup qui indiquent que 70 p. 100 des Canadiens sont en faveur de ce genre de choses?

**M. van Bommel:** Il faudrait mener un sondage Gallup auprès des gens qui sont en train de mourir, mais je ne le ferais pas parce que cela serait injuste pour eux. Je dirais d'après l'information aléatoire que j'ai obtenue de médecins spécialistes des soins palliatifs, que la grande majorité ne sont pas d'accord avec l'euthanasie pour eux-mêmes et que certains la remettent en question pour les autres. Je ne suis pas certain. Il n'existe pas de données.

L'une des choses qui me fait peur au sujet de la possibilité d'un changement de la loi, c'est qu'il serait basé sur une supposition, y compris la mienne. J'ai mes théories, d'autres ont les leurs. Je crois qu'il appartient aux gens qui veulent changer la loi de prouver que ce changement va être utile. Je ne pense pas qu'ils puissent le faire. Je pense que nous devons attendre qu'ils y parviennent.

**La vice-présidente:** Je vous remercie beaucoup de votre témoignage. Je vais relire votre mémoire parce qu'il contient beaucoup d'information.

**M. van Bommel:** Je vous remercie beaucoup et je vous souhaite bonne chance.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

*From the Anglican Church of Canada:*

Right Reverend John A. Baycroft.

*As an Individual:*

Harry van Bommel.

*De l'Église anglicane du Canada:*

Le très révérend J.A. Baycroft

*A titre personnel:*

Harry van Bommel.





First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

## SENATE OF CANADA

---

## SÉNAT DU CANADA

---

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# L'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

---

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

---

Monday, December 12, 1994

---

Le lundi 12 décembre 1994

---

Issue No. 29

---

Fascicule n° 29

---

APPEARING:  
The Honourable Diane Marleau, P.C.,  
Minister of Health

---

COMPARAÎT:  
L'honorable Diane Marleau, c.p.,  
ministre de la Santé

---

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

Carstairs

Corbin

DeWare

\* Fairbairn

Keon

\* Lynch-Staunton

(or Berntson)

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

Carstairs

Corbin

DeWare

\* Fairbairn

Keon

\* Lynch-Staunton

(ou Berntson)

\* *Membres d'office*

(Quorum 3)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, December 12, 1994  
(44)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:35 p.m. in Room 356-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman. (7)

*Other Senator present:* The Honourable Senator Desmarais.

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate

## APPEARING:

The Honourable Diane Marleau, P.C., Minister of Health

## WITNESSES:

*From the Department of Health Canada:*

André Juneau, Assistant Deputy Minister, Policy and Consultation Branch;

Susan Lawson, Policy Analyst;

Judy Ferguson, Director General, Health Policy and Information Directorate.

*From the University of Sherbrooke, Ethics Committee:*

Dr. Pauline Lesage-Jarjoura;

Dr. Suzanne Philips-Nootens;

Jean Desclos.

*From the Office of the Crown Attorney, Timmins, Ontario:*

David Thomas.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 7:00 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

## ATTEST:

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 12 décembre 1994  
(44)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 15 h 35, dans la salle 356-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman.

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

*Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

## COMPARAÎT:

L'honorable Diane Marleau, c.p., ministre de la Santé.

## TÉMOINS:

*Du ministère de la Santé:*

André Juneau, sous-ministre adjoint, Direction générale des politiques et de la consultation;

Susan Lawson, analyste des politiques;

Judy Ferguson, directrice générale, Direction de l'information et de la politique de la santé.

*Du comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke:*

Mme Pauline Lesage-Jarjoura;

Mme Suzanne Philips-Nootens;

Jean Desclos.

*Du Bureau du procureur de la Couronne, Timmins, Ontario:*

David Thomas.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences, dans le cadre de son étude sur l'euthanasie et l'aide au suicide.

Les témoins font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 19 heures, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

## ATTESTÉ:

*Le greffier du comité*

Gary Levy

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Monday, December 12, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Minister, we are delighted to have you with us this afternoon, but I must apologize as all of the members of our committee are not present at the moment. It is that time of the year when we are dealing with a number of pieces of legislation, and several committees are meeting. I understand that there are so many people in committees at the moment that they are having difficulty keeping a quorum in the house. So we are into a bit of tug of war.

I see that we now have a quorum, so please proceed.

**Hon. Diane Marleau, Minister of Health:** First, let me introduce the people who are with me: Andre Juneau is the Assistant Deputy Minister of Policy, Judy Ferguson is Director General, Policy and Susan Lawson is the officer on this particular file. Thank you for your invitation. I am happy to be here.

Madame la présidente, mesdames et messieurs, je suis heureuse de pouvoir témoigner aujourd'hui devant le comité spécial du Sénat.

Permettez-moi d'abord de vous dire, à vous et à tous les membres du comité, combien j'apprécie la tâche que vous avez entreprise car l'euthanasie et le suicide assisté sont des questions très délicates, comme vous le savez.

I have followed with interest the committee's activities over the last several months and the general direction that testimony has taken. I commend the committee for assembling such a broad spectrum of witnesses; all of whom have brought an important perspective to a debate that has the potential to affect every Canadian.

I will, of course, be bringing the health perspective to this discussion and will focus, in particular, on health at the end of life. My colleague, the Honourable Allan Rock, Minister of Justice and Attorney General of Canada, will be appearing before you on December 14th to discuss the legal aspects.

Many witnesses who have appeared before you have dealt with specific concerns, such as pain management, lack of knowledge of palliative care and lack of physician training. I will be dealing with these issues. My first objective is to recast a discussion on more holistic terms.

I want to talk about what happens to individuals when they live the final phase of their life. I want to talk about the quality of this

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 12 décembre 1994

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui pour procéder à l'étude et rendre compte, conformément à son ordre de renvoi, des questions juridiques, sociales et éthiques se rapportant à l'euthanasie et au suicide assisté.

**Le sénateur Joan Neiman** (*présidente*) occupe le fauteuil.

**La présidente:** Madame la ministre, nous sommes très heureux de vous accueillir parmi nous cet après-midi. Nous nous excusons toutefois de l'absence de membres du comité. À cette période de l'année, il y a beaucoup de projets de loi à l'étude et plusieurs comités siègent. Il y aurait tellement de comités à l'oeuvre qu'on a du mal à atteindre le quorum au Sénat, ce qui cause certains tiraillements.

Je constate qu'il y a quorum. Nous pouvons donc commencer.

**L'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé:** Permettez-moi d'abord de vous présenter les personnes qui m'accompagnent. André Juneau est sous-ministre adjoint des politiques, Judy Ferguson, directrice générale de la politique de la santé et Susan Lawson, analyste des politiques sur le sujet. Je vous remercie de votre invitation. Je suis heureuse d'être ici.

Madam Chair, I am pleased to have the opportunity to appear today before this Special Senate Committee.

I would first like to express my appreciation to you and the committee members for the work that you have undertaken. Euthanasia and assisted suicide are difficult issues, as you know.

J'ai suivi avec intérêt vos activités des derniers mois et l'orientation générale qu'ont pris les témoignages. Je félicite le comité d'avoir réuni des témoins aussi nombreux et aussi divers. Tous viennent enrichir de leur perspective un débat qui est susceptible de toucher chaque Canadien.

J'ai bien sûr l'intention de présenter ici la perspective de la santé, en l'appliquant plus particulièrement à la question de la santé et de l'éthique dans les soins aux personnes touchant à la fin de leur vie. Mon collègue l'honorable Allan Rock, ministre de la Justice et procureur général du Canada, témoignera devant vous le 14 décembre pour exposer les aspects juridiques du dossier.

De nombreux témoins ont fait valoir certains aspects particuliers, comme la gestion de la souffrance physique, l'insuffisance des connaissances relatives aux soins palliatifs, la formation inadéquate des médecins. J'aborderai ces questions; cependant, mon objectif premier est de situer le débat dans une perspective plus globale.

Je voudrais parler d'une expérience vécue par ces personnes dans la période terminale de leur vie. Je voudrais parler de la



## [Texte]

time, and how we as a society can ensure the quality of life is maintained to the greatest degree possible in this important period.

From my perspective, the first question we should ask is whether a dying individual is adequately supported. Is that person given all options in terms of physical, medical, social and spiritual care? Is that individual receiving the most appropriate care? Are we respecting the care decisions he or she may take about how they lead their life in the final weeks, the final moments? Why are we so eager to jump first to the issue of individual autonomy and the right to die when we have so little detailed information on the circumstances that create the desire to hasten death?

Society has invested a lot in technologies that serve to prolong life. However, in these times of fiscal restraint, we may be forgetting about care and quality of life when life is extended. As you well know, some technologies maintain life but they do not necessarily restore health. Together, these aspects of social change are increasing the number of Canadians who are vulnerable in society. One of our first concerns must be the degree of security that people have as they approach death and dying. In the debate we cannot overlook the vulnerable, the elderly, the disabled, the chronically ill, and those who lack the capacity to make informed decisions about their future.

There is a real risk that these populations will be made to feel more insecure if the social emphasis is on euthanasia and assisted suicide. It is human to fear death. A measure of our humanity as a society is our ability to prepare individuals for their mortality without diminishing their security as members of society.

Les cas où la douleur est vraiment pénible pour soulever la question de l'euthanasie sont relativement rares.

Dans ces cas, à la suite de maladies chroniques telles que le sida ou le cancer, le malade doit faire face à une détérioration progressive de son état.

Different societies have taken different routes to deal with this issue. We have seen the development of the hospice movement in the United Kingdom. The Americans are still, by and large, investing in high technology. The Dutch are experimenting with a more open approach to euthanasia, the results of which are just now being analyzed. I understand that this may have slowed down the development of palliative care.

Canadian society has the obligation to evaluate the various experiences around the world and to settle on a model or models that are right for Canadians.

A key element in quality of care at the end of life is the availability of palliative care, of palliation. In the early 80s the palliative care movement in Canada took off, so to speak, and we saw the emergence of some support for the dying. However, the movement was uncoordinated at the national, provincial and local levels.

## [Translation]

qualité de cette expérience et de ce que nous pouvons faire, comme société, pour assurer aux intéressés une qualité de vie optimale pendant ces moments particulièrement importants.

À mon avis, les premières questions que nous devons nous poser devant une personne parvenue aux termes de sa vie sont les suivantes: Bénéficie-t-elle de l'appui dont elle a besoin? Lui présente-t-on toutes les options possibles, sur le plan médical, social et spirituel? Reçoit-elle les meilleurs soins possible? Ses décisions sur la manière dont elle veut terminer sa vie sont-elles respectées? Pourquoi sommes-nous si prompts à invoquer l'autonomie individuelle et le «droit de mourir» quand nous sommes si peu renseignés sur ce qui provoque ce désir de hâter la mort?

La société a investi énormément d'énergie dans les techniques destinées à prolonger la durée de la vie. Cependant en ces temps de restrictions budgétaires, nous oublions peut-être la question des soins et de la qualité de vie, lorsqu'il s'agit de prolonger celle-ci. Comme vous le savez, certaines techniques maintiennent la vie mais ne restaurent pas la santé. Tous ces changements sociaux combinés augmentent le nombre de Canadiens vulnérables. L'une de nos premières préoccupations doit être le degré de sécurité qui est assuré au mourant. Nous ne devons pas, dans notre débat, oublier les Canadiens vulnérables, les aînés, les personnes handicapées, les malades chroniques, et tous ceux qui ne sont pas en mesure de prendre des décisions éclairées quant à leur avenir.

Le risque que ces groupes se sentent encore plus dans l'insécurité si la tension de la société porte essentiellement sur l'euthanasie et le suicide assisté est bien réel. Il est humain d'avoir peur de mourir. La compassion d'une société se mesure entre autres à sa capacité de préparer l'individu à la mort sans diminuer son sentiment de sécurité.

There are few circumstances where the patient's condition has deteriorated to the point where euthanasia becomes an issue.

However, concern is usually with deaths from chronic disease, such as AIDS and cancer, in which the individual faces a gradual deterioration of his condition.

Les sociétés n'optent pas toutes pour la même approche de la question. Nous avons vu se développer le mouvement d'institutionnalisation au Royaume-Uni. Les Américains investissent encore beaucoup dans la haute technologie. Quant aux Néerlandais, ils sont en train de mettre à l'essai une approche plus positive à l'égard de l'euthanasie, approche dont les résultats commencent tout juste à être analysés; et je crois savoir que l'entreprise ralentit peut-être l'amélioration des soins palliatifs.

La société canadienne a le devoir d'évaluer ce qui se fait un peu partout dans le monde et de choisir un ou plusieurs modèles qui conviennent pour le Canada.

Un élément essentiel de la qualité des soins aux termes de la vie est la disponibilité de soins palliatifs. Le mouvement en faveur des soins palliatifs au Canada a «pris son vol» au début des années 80; c'est alors qu'un certain soutien a commencé à être accordé aux mourants. Le mouvement n'était cependant pas coordonné aux niveaux national, provincial et local.

## [Text]

Some 10 to 15 years later, palliation is still not well established in many areas of the country, and we have not defined what is palliative care. In part, this is the result of society's reluctance to deal affirmatively with end-of-life issues.

I want to touch on ten areas requiring attention if the individual — who is the focus of my concern — is to be provided with high-quality care at the end of life.

First, we need better diagnosis and prognosis. Too frequently, especially for the elderly, diagnosis of illness is delayed and prognosis is either not fully understood or inadequately conveyed to the individual and the family and friends who must cope with the illness.

We need institutional development. There are not enough palliation centres, especially outside of major urban areas. We need centres to coordinate community and home care, staffed with professionals with a sense of outreach, and mobile forms of delivery.

Provider training is essential. The Canadian Nurses Association has stressed that when treatment ends, care continues. Physicians have a role to play in palliation, but they are not necessarily the key provider. We need fully-developed teams of providers, ranging from physicians to volunteer support networks, to deal with the problems of end of life. We may even need to develop new specialties in this area.

Individuals should have a full range of choices. In many circumstances the medical model is not the best. Individuals are suffering from excessive treatment in many instances. We need to consider the appropriateness of treatment.

Il faut mesdames et messieurs envisager d'autres cadres: foyers d'accueil, projets communautaires et autres.

La plupart des Canadiens et des Canadiennes, meurent encore à l'hôpital. Mais ce n'est pas toujours leur choix. Lorsque la situation le permet, la majorité des gens souhaitent mourir à la maison ou encore entourés de leurs proches.

À mon avis, nous devons respecter cette volonté et prendre les mesures qui s'imposent.

La priorité devrait être accordée à la recherche sur le traitement de la douleur. Bien que des progrès considérables aient été accomplis dans ce domaine, nous ne savons toujours pas si le traitement peut atténuer la douleur et les souffrances de tous les malades en phase terminale.

Par exemple, il nous faut en savoir davantage sur la question du confort et sur ce qui peut y contribuer, sur la médication et la posologie.

Par ailleurs, les techniques médicales modernes qui permettent de soulager la douleur sont parfois agressives.

## [Traduction]

Environ 10 ou 15 ans plus tard, les soins palliatifs ne sont toujours pas bien établis dans de nombreuses régions du pays; de plus, nous n'avons toujours pas défini ce que sont les soins palliatifs. Cela est attribuable, en partie, au fait que la société répugne à aborder de façon positive les questions qui entourent le dernier stade de la vie.

J'aimerais signaler dix questions sur lesquelles nous devons nous pencher pour pouvoir donner des soins de haute qualité au malade (un sujet qui me préoccupe) lorsque celui arrive aux termes de sa vie.

Il faut d'abord améliorer le diagnostic et le pronostic. Trop souvent, surtout chez les personnes âgées, la maladie tarde à être diagnostiquée, et le pronostic est soit compris à moitié, soit mal expliqué aux malades et aux proches qui doivent faire face à la maladie.

Il faut multiplier les établissements. Il n'y a pas assez de centres de soins palliatifs, surtout en dehors des grands centres urbains. Nous avons besoin de centres qui coordonnent les soins donnés dans la collectivité et au foyer, et qui soient dotés de personnel spécialisé ouvert à l'extension et à la mobilité des services.

Il est essentiel de former les dispensateurs de soins. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a souligné que là où le traitement cesse, les soins continuent. Les médecins ont un rôle à jouer dans les soins palliatifs, mais ils n'en sont pas nécessairement les principaux dispensateurs. Nous avons besoin d'équipes complètes de dispensateurs, composées à la fois de médecins et de réseaux de bénévoles qui aideront à surmonter les problèmes liés au dernier stade de la vie. Il faudra peut-être même établir de nouvelles spécialités dans ce domaine.

Les personnes devraient avoir un large éventail de choix. Le modèle médical n'est souvent pas le meilleur. Dans bien des cas, la personne est victime d'acharnement thérapeutique. Il faut examiner l'à-propos des soins.

We should be thinking about alternative settings — homes, community-based projects, et cetera.

Most Canadians still die in hospital. This is not a preferred setting for many people. Most individuals wish to die at home if at all possible, surrounded by family and friends.

We need to consider how to make this possible.

Research into pain control and management should be a priority. While much has been accomplished in this area, we remain uncertain as to whether pain control in palliation can relieve the pain and suffering of all those individuals who are terminal.

We need to know more about comfort and the supports that focus on time of administration of drugs and dosages.

While modern medicine has the technology to relieve pain, it is sometimes too aggressive.



## [Texte]

Il nous faut donc encourager la recherche visant à mettre au point des traitements non chirurgicaux, des méthodes plus naturelles, plus douces. Il faut mettre en place des réseaux de soutien à l'intention des malades et des personnes qui les soignent.

Une composante essentielle de la qualité de vie du malade en phase terminale est l'appui qu'il reçoit de ses proches.

Les dispensateurs de soins, qui, en ce moment, sont surtout des femmes, devraient être reconnus pour le travail qu'ils accomplissent dans ce domaine.

Ils devraient bénéficier de période de répit, de formation, et d'accès à des services de soutien.

We need to foster and strengthen partnerships among various providers so that a full continuum of care is available. There is a need to shift the focus of care away from the acute care setting and towards the community. Linkages have to be built between acute care, community care, home care, outpatient care and family care.

We need to better understand the role and responsibilities of the parties involved. As well, the individual in his or her family has to be front and centre and involved in the process. Too frequently communication breaks down between providers, the individual and the family. The result is that the individual and the family feel alienated from the system that is providing care. Often, excess energy is devoted at times of stress by the individual and family members to make the system work for them.

Research on end-stage disease and the process of dying is required. We do not know enough about end-stage disease and how it affects the individual from the physiological and psychological standpoints. Protocols about the transition from active treatment to other forms of care are underdeveloped. We also do not know enough about the interaction between the disease process and various supports, such as nutrition. There are various rules of thumb in this area, with little consistency of application. This contributes to the uncertainty for patients and for families.

We need to concentrate on quality care at the end of life.

As federal Minister of Health, I am interested in working with my provincial and territorial colleagues and interested groups on a framework for future action in this area. As you well know, it is not easy to discern what is right or wrong, what is just, what is fair and wholly compassionate. That is why we need to wrestle with these questions and to promote public dialogue on these issues.

We do need, however, a good starting point. In my view, to focus only on euthanasia and assisted suicide would be to leave the debate about end of life fundamentally flawed and incomplete. The focus has to change. Care must be our most important concern.

## [Translation]

It is necessary to support research into non-surgical, holistic and gentler methods of pain management. We must introduce support networks for patients and their caregivers.

An essential component of the quality of life of terminal patients is the support they receive from family and friends.

Caregivers, who at present are mainly women, should be recognized for the work they do in this field.

They should be given rest, training and access to support services.

Il faut encourager et renforcer les partenariats entre les différents dispensateurs de soins afin d'assurer un continuum de soins. Il faut s'éloigner des établissements de soins de courte durée pour se rapprocher de la collectivité. Des rapports doivent être établis entre les soins de courte durée, les soins communautaires, les soins à domicile, la consultation externe et les soins familiaux.

Il faut mieux comprendre le rôle et les responsabilités des personnes visées, accorder la priorité au malade et à sa famille et les faire participer au processus. Trop souvent la communication est rompue entre les dispensateurs de soins, le malade et sa famille. Le malade et ses proches se sentent alors détachés du système de soins et consacrent énormément d'énergie, en période de stress, à «faire travailler le système pour eux».

Il faut effectuer des recherches sur la maladie terminale et le mourir. Nous n'en savons pas assez sur les maladies terminales et sur la manière dont elles influencent la personne physiologiquement et psychologiquement. Les protocoles de transition du traitement actif aux autres formes de soins sont insuffisants. Nous n'en savons pas assez, non plus, sur l'interaction entre le processus de la maladie et les divers types de soutien apportés, par exemple, sur le plan de la nutrition. Plusieurs règles approximatives sont appliquées dans le domaine, sans souci d'uniformisation. Tout cela contribue à augmenter l'incertitude des patients et de leurs familles.

Nous devons concentrer les efforts sur la qualité des soins reçus à la fin de la vie.

En tant que ministre de la Santé, j'aimerais m'associer à mes collègues provinciaux et territoriaux et aux groupes intéressés pour élaborer un cadre d'intervention dans ce domaine. Comme vous le savez, il n'est pas facile de trancher entre ce qui est bien et ce qui est mal, de décider de ce qui est juste, équitable et proprement humain. Et c'est pourquoi nous devons réfléchir en profondeur sur ces questions et encourager le dialogue public sur ces questions.

Il nous faut, également, un bon point de départ. À mon avis, si nous nous concentrons uniquement sur l'euthanasie et le suicide assisté, notre débat sur la période terminale de la vie est fondamentalement vicié et incomplet. Nous devons réorienter le débat et considérer les soins comme notre première préoccupation.

[Text]

**Senator Keon:** Madam Minister, you focused on the inadequacy of the information base, as we proceed to try to make recommendations about this enormously complex and sensitive subject. As we have explored the field with other witnesses, it has become quite clear that we really do not know how many people are requesting euthanasia or assisted suicide, and we have heard statements to the effect that some groups of people are somewhat reluctant to enter into palliative care programs because they feel they undergo a loss of freedom of choice when they do want to terminate their lives. I have been wondering whether we could establish a national data bank or registry, as a research project, to try and gather this information as time goes by. Would you be so inclined to promote that idea?

**Ms Marleau:** I certainly would be interested in exploring that suggestion. However, there is another point that, perhaps, you are missing here. Not only do we not know how many people have requested that form of end of life, we do not know for what reasons. I think it is very important that Canadians be extremely well informed. Oftentimes it may be because of a breakdown that these requests are being made.

**Senator Keon:** I agree with you completely. In fact, in the early part of our deliberations and testimony, I was trying to get some of the scientists to commit to just how much is known about the psychodynamics of dying and about the psychopharmacology as it relates to the psyche. Very little has been written on that subject. It is an area that perhaps the Medical Research Council in conjunction with the federal Department of Health could explore and promote.

**Ms Marleau:** Certainly. As I said in my speech, my concern is that, if we speak too much about euthanasia, research into other areas of pain management and so on will fall by the wayside and end-of-life issues become only assisted suicide or euthanasia. I think that that would be a very big mistake on our part as a society.

**Le sénateur Beaudoin:** Je désire vous remercier, madame la ministre, pour votre mémoire et pour avoir accepté de comparaître devant nous.

Vous dites en terminant: «si nous nous concentrons uniquement sur l'euthanasie et le suicide assisté, notre débat sur la période terminale de la vie est fondamentalement vicié et incomplet.» Je puis vous assurer que nous ne nous restreindrons pas uniquement à l'euthanasie et à l'assistance au suicide, mais nous allons aussi considérer tout ce qui touche aux autres sujets, comme les soins palliatifs, le débranchement d'appareils, les testaments, les «living wills», et également, le refus de traitements médicaux.

Alors, je pense que l'on va peut-être excéder notre mandat mais, mon Dieu, personne ne nous en fera grief.

Vous dites que, en tant que ministre de la Santé, vous aimeriez vous associer à vos collègues provinciaux et territoriaux pour élaborer un cadre d'interventions dans ce domaine. Je vais réserver à monsieur Allan Rock mes questions sur la légalité.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Madame la ministre, vous avez insisté sur l'insuffisance de nos connaissances au moment où nous nous préparons à formuler des recommandations sur cette question tellement complexe et délicate. Au cours de l'étude que nous avons effectuée avec d'autres témoins, nous avons constaté qu'on ne sait vraiment pas combien de gens recourent à l'euthanasie ou au suicide assisté; on nous a dit aussi que les gens hésitent à entreprendre des programmes de soins palliatifs trouvant qu'ils n'ont plus alors la liberté de choisir de mettre fin à leurs jours. Je me demande si nous ne pourrions pas établir, dans le cadre d'un projet de recherche, une banque ou un registre national de données pour essayer de réunir ces informations au fur et à mesure. Seriez-vous prête à promouvoir cette idée?

**Mme Marleau:** Je serais assurément prête à étudier la proposition. Cependant, il y a un autre aspect de la question que vous oubliez peut-être. Non seulement on ne sait pas combien de gens demandent de mettre fin à leurs jours, mais on ne sait pas pour quelles raisons. Je pense qu'il est très important de bien informer les Canadiens. Souvent une dépression peut pousser les gens à ainsi demander la mort.

**Le sénateur Keon:** Je suis parfaitement d'accord avec vous. En fait, au tout début de nos travaux et lors des premiers témoignages, j'ai demandé à des scientifiques de me dire ce que l'on sait sur la dynamique psychique et la psychopharmacologie, ou l'effet des médicaments sur le psychisme. On a très peu écrit sur le sujet. C'est peut-être un domaine que le Conseil de recherches médicales du Canada, en collaboration avec le ministère fédéral de la Santé, pourrait explorer et développer.

**Mme Marleau:** Assurément. Comme je l'ai dit dans ma déclaration, je crains que, si nous parlons trop d'euthanasie, on en vienne à négliger la recherche dans les autres traitements de la douleur, et que le suicide assisté ou l'euthanasie apparaissent comme les seules solutions. Je crois que ce serait une très grave erreur de la part de notre société.

**Senator Beaudoin:** I would like to thank you, Madam Minister, for you brief and for agreeing to appear before us.

You say in closing, "to focus only on euthanasia and assisted suicide would be to leave the debate about end of life fundamentally flawed and incomplete." I can assure you that we will not limit ourselves solely to euthanasia and assisted suicide, but we will also consider everything that touches on the other subjects, such as palliative care, removal from life support, wills, living wills and also withholding of medical treatment.

So I think we may go beyond our terms of reference, but Good Lord, no one will complain about that.

You say that, as Minister of Health, you would like to join with your provincial and territorial colleagues to develop a framework for action in this area. I will reserve my questions on legal matters for Mr. Allan Rock.



[Texte]

Mais sur le plan de la santé, êtes-vous optimiste quant à la coopération entre ministres provinciaux de la santé et le ministre fédéral de la Santé? Parce qu'une bonne partie de la santé tombe sous la juridiction des provinces et vous avez un rôle considérable à jouer également pour le Canada tout entier.

Est-ce que les mécanismes existent? J'imagine que oui. Est-ce qu'ils peuvent porter fruits pour le développement des soins palliatifs?

**Mme Marleau:** Les mécanismes existent, certainement. Et d'ailleurs, je rencontre souvent mes homologues aux niveaux provincial et territorial.

Vous savez que, d'abord et avant tout, nous sommes des ministres de la Santé et nous avons une responsabilité envers les Canadiens et les Canadiennes. Je dirais que dans la grande majorité du temps, c'est cela qui nous préoccupe. Si nous pouvons travailler ensemble, nous le faisons et nous travaillons ensemble de plus en plus parce que les questions sont très complexes et nous devons nous soutenir les uns les autres. Et j'ai beaucoup d'espoir que l'on peut continuer à travailler ensemble. Il y a certains dossiers où l'on travaille déjà ensemble et cela va encore assez bien.

**Le sénateur Beaudoin:** Ma deuxième et dernière question porte sur la recherche médicale. Venant d'un milieu universitaire, je sais bien que l'autorité fédérale peut allouer des fonds de recherche dans à peu près tous les domaines. J'imagine que l'on est très sensible, au niveau fédéral, au développement de la médecine. Mais en ces périodes de coupures budgétaires, est-ce que l'on est (enfin je ne sais pas, je ne suis pas un financier) mais est-ce que on peut encore espérer avoir des fonds de recherche tout à fait adéquats en matière de santé?

**Mme Marleau:** Bien, il faut dire que l'on en donne jamais assez! Moi, j'aimerais en donner encore davantage. Mais on en fait encore. On donne encore des sommes considérables.

Nous avons le Conseil médical de recherche qui reçoit au-delà de 250 millions de dollars par année. Nous avons aussi des programmes au niveau du ministère de la Santé qui consacrent environ 25 à 30 millions de dollars dans l'HRDP.

Alors, même s'il y a certaines coupures qui peuvent être envisagées, c'est certain qu'il y a encore des dollars là et nous allons continuer à encourager la recherche dans des questions telles que celles-ci.

**La présidente:** Sénateur Corbin.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie, madame la présidente. Madame la ministre, je vous remercie pour votre présentation. Il est évident dans vous êtes fort bien renseignée sur les travaux de ce comité et sur ce que pense plusieurs de ses membres. En réalité, si on prenait vos 10 questions, et qu'on les reformulait, on ne serait peut-être pas pas très loin de certaines recommandations que le comité voudrait faire, mais cette exercice est encore à venir.

En ce qui a trait aux soins palliatifs, saviez-vous, madame la ministre, qu'il est excessivement difficile, sinon impossible,

[Translation]

With regard to health, are you optimistic about the cooperation between provincial health ministers and the federal Minister of Health? Because a large part of the health sector falls under the jurisdiction of the provinces and you also have a considerable role to play for Canada as a whole.

Do the mechanisms exist? I imagine so. Can they produce results for the development of palliative care?

**Ms Marleau:** The mechanisms exist, of course. Moreover, I often meet with my provincial and territorial colleagues.

We are first and foremost ministers of Health and we have a responsibility toward Canadians. I would say that that is what concerns us most of the time. If we can work together, we do it and we are increasingly working together because the issues are highly complex and we must support each other. I have a great deal of hope that we can continue working together. We are already working together on certain issues and things are still going fairly well.

**Senator Beaudoin:** My second and final question concerns medical research. Coming from a university environment, I know very well that the federal government can allocate research funds in virtually all fields. I imagine that we at the federal level are highly sensitive to the development of medicine, but in these periods of budget cuts — I don't know, I am not a financier — can we still hope to have entirely adequate research funding for health?

**Ms Marleau:** Well, I should say that we never give enough! I would like to give more, but we are still giving more. We are still giving considerable amounts.

We have the Medical Research Council, which receives more than \$250 million a year. We also have programs in the Department of Health, which devotes about \$25 to \$30 million to the HRDP.

So even if some cuts can be considered, there is still money and we are going to continue to encourage research on issues such as these.

**The Chairman:** Senator Corbin.

**Senator Corbin:** Thank you, Madam Chairman. Madam Minister, thank you for your presentation. You are clearly very well informed on the work of this committee and on what a number of its members think. In fact, if we took your 10 questions and reformulated them, we might not be very far from certain recommendations which the committee would like to make, but that exercise lies before us.

With respect to palliative care, do you know, Madam Minister, that it is extremely difficult, if not impossible, to obtain clear,

*[Text]*

d'obtenir des données claires, nettes et précises sur l'état actuel des soins palliatifs au pays?

Je comprends que sans le concours de vos partenaires provinciaux, il vous est quelque peu difficile de mettre ce dossier à jour. Mais j'ai, avec l'aide d'un adjoint, entrepris une recherche dans ce domaine. Et la première constante qui ressort, c'est que la qualité, la disponibilité et la variété des soins palliatifs qui sont dispensés au pays varient d'un extrême à l'autre là où ils existent.

Le problème n'est pas bien souvent dans le milieu rural, contrairement à ce que l'on peut croire. Il y a aussi des problèmes à l'intérieur du milieu urbain.

Dans bien des villes au pays, et je ne parle pas des très grandes villes mais des villes moyennes, il n'y a pas de soins palliatifs dans le sens où on l'entend d'ordinaire. Et même il n'y a pas toujours unanimité, et loin de cela, sur la définition même des soins palliatifs.

Donc il y a un problème. Et s'il m'est donné de pouvoir vous poser une question aujourd'hui, ce serait de savoir ce qu'entend faire le ministère avec vos partenaires provinciaux pour une cueillette bien ordonnée de données de base dans ce domaine des soins palliatifs, parce que l'exercice que nous avons entrepris à mon bureau en a été un de grandes frustrations.

Ils nous étaient bien souvent impossible de trouver un interlocuteur bien informé dans chacune des provinces ou des territoires pour nous donner ce genre de renseignements. Alors, je vous laisse la question.

**Mme Marleau:** Bien premièrement, comme vous l'avez dit, dans plusieurs villes, dans certaines régions, il n'y en a pas de soins palliatifs qui sont offerts ou presque pas.

La première chose que l'on doit faire au niveau fédéral et provincial, c'est de s'entendre sur le besoin d'offrir ces soins. Quel genre de soins est-ce que ça devrait être? Qu'est-ce que cela comprend? Vous savez, c'est pas mal une idée qui est assez nouvelle, seulement depuis 10, ou 15 ans.

Même dans ma région, il n'y a pas tellement longtemps, il n'y en avait presque pas. On n'en entendait pas parler. Vous savez, on a aussi le problème que, la plupart des gens n'aiment pas parler de la mort. On n'aime pas parler de ce qui entoure la personne mourante. Je pense qu'il est absolument essentiel que l'on en parle plus ouvertement, que ce soit moins un sujet tabou.

Vous savez, quand l'on entend le terme maintenant certaines personnes vont dire: Ah! Bien cela me fait peur. J'aime autant ne pas y penser. Après cela, lorsque l'on aura déterminé ce que l'on veut dire par les soins palliatifs, on pourra en parler ouvertement. Et d'ailleurs, ce comité-ci fait cela et je dois remercier ce comité parce que je pense que c'est absolument essentiel que l'on en discute avec les Canadiens et les Canadiennes. Du moins, commencer quelque part.

Moi, cela ne me fait rien de dépenser des argents pour trouver des données, mais j'aimerais autant voir les dollars que nous avons aller pour le développement des soins palliatifs dans un

*[Traduction]*

distinct and precise data on the current state of palliative care in the country?

I understand that without the assistance of your provincial partners, it is somewhat difficult for you to bring this issue up to date. However, with the aid of an assistant, I have begun to conduct research in this area, and the first constant that appears is that the quality, availability and variety of palliative care provided in the country vary from one extreme to the other where it exists.

The problem is not very often in rural areas, contrary to what one might think. There are also problems in urban areas.

In many cities in the country, and I am not talking about very large cities, but average cities, there is no palliative care in the ordinary sense of that term. And there's not even always unanimous agreement, far from it, on the very definition of palliative care.

So there is a problem. And if I can ask you a question today, it would be what the department intends to do with your provincial partners to gather in an orderly fashion basic data in this area of palliative care, because the effort that we have made at my office has been very frustrating.

It was very often impossible for us to find a well-informed person in each of the provinces or territories to give us this kind of information. So I put the question to you.

**Ms Marleau:** Well, first, as you said, in a number of cities, in certain regions, no palliative care or virtually none is provided.

The first thing that we must do at the federal and provincial levels is to agree on the need to provide this care. What kind of care should that be? What does that include? You know, this is a fairly new idea, which has been around for only 10 or 15 years.

Even in my region, not so long ago, there was virtually none. You didn't hear about it. We also have the problem that most people don't like to talk about death. They don't like to talk about what surrounds the dying person. I think it is absolutely essential that we talk about it more openly, that it be less of a taboo subject.

You know, when we hear the term, some people say: Oh, that scares me; I'd rather not think about it. After that, when we have to determine what palliative care means, we will be able to talk about it openly. Furthermore, this committee is doing that and I must thank this committee because I believe it is absolutely essential that we discuss this issue with Canadians and at least start somewhere.

It's not a problem for me to find data, but I would rather see the money that we have go first toward the development of palliative care because I know there is none in a number of regions.



[Texte]

premier temps parce que je sais que, dans plusieurs régions, il n'y en a pas.

Mon premier devoir, c'est de m'asseoir avec mes homologues au niveau provincial, de leur demander ce qu'ils font et ce qu'ils entendent par ces soins-là et de quelle façon on peut s'y prendre pour assurer ces soins-là.

Vous savez, maintenant, on entend de plus en plus de gens, dans ces temps de réductions de budgets, dire que c'est mieux de faire la médecine au niveau communautaire. Oui, ça l'est. Mais il faut s'assurer aussi que les supports sont présents au niveau communautaire et les soins palliatifs sont, dans une grande mesure, une partie de cela.

Je peux vous dire aussi que j'ai rencontré beaucoup de groupes qui ont travaillé avec les sidéens en stage terminal. Plusieurs d'entre eux m'ont dit qu'ils ont vu une grande différence entre leurs amis qui sont morts dans un milieu hospitalier et leurs amis qui sont morts dans un hospice avec leurs proches et que la qualité de ce stade était beaucoup plus grande lorsqu'ils étaient avec leurs proches. Cela m'a vraiment touchée, j'ai trouvé qu'il valait la peine d'explorer encore davantage ce qu'ils faisaient dans ces circonstances.

**Le sénateur Corbin:** Il nous est apparu aussi, dans le cours de nos discussions, qu'il semble y avoir beaucoup de... (je ne voudrais pas employer le mot ignorance, je sais qu'il y a des gens ici qui prennent des notes, le mot est trop fort) mais il y a une mauvaise compréhension au sein des praticiens de la médecine eux-mêmes sur les objectifs que vise un bon programme de soins palliatifs.

On a reçu des témoignages à l'effet que, d'abord, il y avait une immense lacune au niveau de la formation des médecins, lacune que certaines institutions tendent à combler avec succès, je dois le reconnaître, de plus en plus, mais la pratique est loin d'être généralisée dans les établissements de formation médicale et on pourrait peut-être en dire aussi autant chez les autres professionnels de la santé.

Il m'apparaît important, sinon urgent, que les ministres de la Santé du pays (vous-même, madame, et vos contreparties provinciales) adressent cette question de façon coordonnée. Je crois que les besoins au niveau de la formation médicale, eu égard aux soins palliatifs, sont assez bien identifiés.

Nous avons entendu des experts dans le domaine et ce qu'il manque maintenant c'est une espèce de volonté et des directives. Je crois que le politique a son rôle à jouer dans tout cela, que le stimulus doit venir de nos chefs politiques. Je sais que la profession médicale tente de se prendre en mains aussi mais s'il n'y a pas un objectif national au bout de tout cela, on va lésiner, on va temporiser et, au lieu de relever le défi que représente la livraison de bons soins palliatifs au pays, dans un ordre de temps raisonnable, on va traîner les pieds encore pendant, hélas, trop longtemps.

C'est peut-être moins une question qu'une incitation que je formule là. Je voudrais aussi, avant de terminer, madame la présidente, dire ceci.

[Translation]

My first duty is to sit down with my provincial colleagues, to ask them what they are doing and what they mean by this kind of care and how we can go about providing it.

In these times of budget cuts, we increasingly hear people say it is better to practise medicine at the community level. Yes, that's true, but we must also make sure the supports are there at the community level and palliative care is part of that to a large degree.

I can also tell you that I have met with many groups that have worked with AIDS patients in the terminal phase. A number of them told me they saw a major difference between their friends who had died in a hospital environment and their friends who died in a home with friends and family and that the quality of that phase was much greater when they were with their friends and family. I was really touched by that; I found that it was worth the trouble to explore further what they did in those circumstances.

**Senator Corbin:** It has also seemed to us, in the course of our discussions, that there appears to be a great deal of — I wouldn't want to use the word ignorance; I know that there are people here taking notes and the word is too strong — but there is a misunderstanding among medical practitioners themselves about the objectives of a good palliative care program.

We have heard testimony to the effect that, first, there was an immense lack in physicians' training which some institutions are attempting to correct successfully, and I must admit increasingly so, but the practice is far from widespread in medical training institutions and the same could perhaps be said of health care professionals.

It seems to me important, not urgent that the country's health ministers — you yourself and your provincial counterparts — address this issue in a concerted manner. I believe that medical training needs with respect to palliative care have been fairly well identified.

We have heard experts in the field and what is currently lacking is a kind of will and directives. I believe the politician has a role to play in all this, that the impetus must come from our political leaders. I know that the medical profession also tries to control itself, but if there is no national objective in all this, we are going to be stingy, we are going to temporize and instead of meeting the challenge of delivering good palliative care in the country within a reasonable time, we are unfortunately going to drag our feet again for too long.

This is perhaps less a question than an incitement which I am making here. I would also like to say this before closing, Madam Chairman.

## [Text]

On a souvent tendance à penser que, comme le disait un des membres de ce comité qui est retenu ailleurs en ce moment, que les soins palliatifs, ce n'est pas nécessairement de nouveaux édifices, ce n'est pas du mortier puis des briques. On pourrait faire énormément à l'intérieur des institutions existantes pour assurer un très haut degré de soins palliatifs. On pourrait allouer des ressources déjà existantes, déjà prévues dans les budgets pour assurer ce genre de service dans nos hôpitaux, dans nos foyers de soins et ailleurs.

On ne parle pas nécessairement d'un programme national de construction de je ne sais pas combien d'édifices pour abriter X nombre de nouveaux lits. On a souvent employé le foyer comme lieu de livraison des soins palliatifs. Cela a toujours été le cas historiquement. On a peut-être trop penché du côté de l'institutionnalisation des soins palliatifs pour négliger tout le potentiel qu'offrent le foyer et le milieu familial.

Je pense que, dans vos délibérations avec vos contreparties provinciales, il faudrait tenir compte de ces facteurs. Ce sont des témoignages que nous avons entendus et je me demande si d'ores et déjà vous pensez entreprendre des initiatives de ce côté-là au sein de votre ministère?

**Mme Marleau:** C'est entendu que cela nous intéresse beaucoup. Pour moi-même, non seulement dans la pratique de la médecine, de la formation des médecins, parce qu'ils ont un rôle important à jouer, mais aussi dans le cadre de la famille, je crois qu'il faut absolument se souvenir que ce sont, d'habitude, soit les filles ou les soeurs ou les tantes, il y a toujours quelqu'un qui est là.

**Le sénateur Corbin:** Ce sont toujours les femmes.

**Mme Marleau:** Oui. Et souvent, on oublie qu'il y a beaucoup de valeur là. Il faut absolument leur offrir le soutien dont elles ont besoin parce que, souvent, ce sont des femmes. Vous l'avez dit vous-même, il n'y a rien de nouveau là-dedans. Cela fait des générations que l'on passe, et plusieurs d'ailleurs.

Je pense que, en travaillant avec mes homologues au niveau provincial, nous pouvons faire beaucoup dans ces domaines. Et c'est certain que l'on va soulever la question.

**Senator Carstairs:** Madam Minister, the issue of euthanasia and assisted suicide is, as you have indicated, a very narrow one. We saw no evidence, by the way, in our discussions with people in Holland that there was less palliative care as a result of their experiment in euthanasia and assisted suicide. What was very clear, at least to me, was that pain was not often the driving factor in why someone wanted euthanasia or assisted suicide. It really was more of a lifestyle decision, that they simply did not want to live that way any longer. The pain was controlled in most cases. Certainly in the cases of Nancy B. and Sue Rodriguez, neither were in physical pain, but they were in a great deal of mental anguish about the living conditions under which they existed.

I wondered if, in discussions with your ministers or co-ministers at the provincial level, there has been any discussion as to how much euthanasia and assisted suicide is presently going on in Canada, because we can get no data, except the affirmation by

## [Traduction]

We often tend to think, as one of the members of this committee who has been detained elsewhere for the moment said, that palliative care does not necessarily mean new buildings, mortar and bricks. A great deal could be done within existing institutions to ensure a very high degree of palliative care. Existing resources already budgeted could be allocated to provide this kind of service in our hospitals, in our homes and elsewhere.

We are not necessarily talking about a national construction program of I don't know how many buildings to house a particular number of beds. Homes have often been used as a place for delivering palliative care. That has always been the case historically. Perhaps we have leaned too far toward the institutionalization of palliative care and have neglected the entire potential of the home and the family environment.

I believe these factors have been taken into account in your discussions with your provincial counterparts. This is testimony which we have heard, and I wonder whether you are now considering taking initiatives in this area within your department?

**Ms Marleau:** We are obviously very much interested in that. For myself, not only in the practice of medicine, the training of physicians, because they have an important role to play, but also in the context of the family, I believe we absolutely must remember that it is usually the daughters or the sisters or the aunts ... there is always someone there.

**Senator Corbin:** It is always women.

**Ms Marleau:** Yes, and it is often forgotten that there is a great deal of value there. They must absolutely be given the support they need because often these caregivers are women. You said it yourself; there is nothing new in that. Generations have gone by. It's been generations, and several as well.

I believe that, by working with my provincial colleagues, we can do a great deal in these areas, and we will definitely raise the question.

**Le sénateur Carstairs:** Madame la ministre, la question de l'euthanasie et du suicide assisté est, comme vous l'avez indiqué, très limitée. À propos, rien n'a démontré, d'après nos discussions avec des spécialistes hollandais, qu'il y avait moins de soins palliatifs dans ce pays parce qu'on y pratique l'euthanasie et le suicide assisté. Il est toutefois apparu très clairement, du moins pour moi, que la douleur n'est pas souvent le facteur qui incite les gens à demander l'euthanasie ou le suicide assisté. Le facteur déterminant est beaucoup plus le mode de vie, parce qu'on ne veut simplement pas vivre plus longtemps dans cet état. Dans la plupart des cas, on contrôle la douleur. Il est certain que Nancy B. et Sue Rodriguez ne souffraient pas physiquement, mais que leur condition de vie les faisait beaucoup souffrir moralement.

Je me demande si vous discutez avec les ministres provinciaux de l'ampleur du phénomène de l'euthanasie et du suicide assisté au Canada parce que nous n'avons aucune donnée sur le sujet, sauf la parole des médecins qui prétendent soit qu'on pratique



## [Texte]

a number of physicians that it is being conducted on a fairly regular basis, and an equal affirmation from other physicians who say it is not being conducted anywhere in the country. So we are left with a dilemma as to our knowledge about the extent of the practice in Canada today.

**Ms Marleau:** I have not had any discussions with my provincial counterparts as to data in terms of how much euthanasia and assisted suicide are actually happening, is it happening, and to what extent. However, I certainly would not mind discussing it with them.

The thing that bothers me about some of the high profile cases that is perhaps absent sometimes from the debate is that while some people are capable of making those decisions, there are thousands in institutions — old and young — who are not capable of making those decisions.

Perhaps I should ask the question: In your deliberations, have you found how the Dutch have dealt with these particular situations? That is the ethical question, and I am not an ethicist here. Who am I, as a person, to judge the quality of someone else's life? I wonder if you have had any discussions with the Dutch in terms of how they have dealt with that particular aspect, or have they dealt with it at all?

I have met with my Dutch counterpart, and he was not all that satisfied with their way of dealing with this particular problem. He did not go into a lot of detail with me, but he felt that it perhaps was not necessarily the best way to go. So perhaps if you have any information we could certainly use it, especially when I meet with my provincial colleagues.

**Senator Carstairs:** In Holland you must be a competent individual. Therefore, if you are vulnerable, for example, mentally handicapped, you are not competent. It may explain why a relatively very small number of euthanasia and assisted suicides take place in nursing homes in Holland. I am referring to overall numbers that take place.

However, the concern for me is, again, this issue of, is it going on in our country and to what degree is it going on in our country and to what degree is it going on without any controls or any rules whatsoever? Are doctors and patients unilaterally making these decisions without any guidelines or without any set rules which they have to fulfil. I am not entirely happy with the Dutch rules, but at least there are rules if they are moving into that particular situation.

The second area, though, that I want to deal with is the whole issue of palliation, and, as you indicated, a lack of definition for palliation and of what it entails. Personally, I believe it should include the full range of services and that does not mean just pain management, which is usually the definition that most people place on palliation. That is certainly an integral part of palliation, but so too is spiritual care, help with depression, ensuring that there are community resources to provide respite care for the caregivers and on and on. I would like to hear from the Department of Health as to how they define palliation.

## [Translation]

l'euthanasie assez couramment, soit qu'on ne la pratique nulle part au pays. Il nous est donc difficile de connaître l'ampleur du phénomène au Canada aujourd'hui.

**Mme Marleau:** Je n'ai pas discuté avec mes homologues provinciaux de chiffres sur la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté, ni de leur existence et de leur ampleur. Cependant, je serais tout à fait prête à en discuter avec eux.

On semble parfois oublier, à propos des cas fortement médiatisés, et cela m'inquiète, que certaines personnes sont capables de prendre ce genre de décision, mais que des milliers d'autres qui vivent en établissement (jeunes et vieux) ne peuvent les prendre.

J'aimerais vous demander si, dans vos délibérations, vous avez appris comment les Hollandais s'y prenaient dans ce genre de situation? C'est une question d'éthique et je ne suis pas spécialiste dans le domaine. Qui suis-je, en tant qu'être humain, pour juger de la qualité de vie de quelqu'un d'autre? Je me demande si vous avez pu apprendre ce qu'en pensaient les Hollandais, ou s'ils avaient une opinion sur le sujet?

J'ai rencontré mon homologue néerlandais et il n'était pas du tout satisfait de la façon dont on aborde ce problème particulier dans son pays. Il n'est pas trop entré dans les détails, mais il semblait dire que ce n'était pas nécessairement la meilleure solution. Vous avez peut-être des renseignements qui pourraient nous être utiles, surtout quand je rencontrerai mes collègues des provinces.

**Le sénateur Carstairs:** En Hollande, vous devez être sain d'esprit. Donc, si vos facultés sont affaiblies, si vous êtes handicapé mental par exemple, vous êtes jugé inapte à prendre des décisions. Ce qui peut expliquer pourquoi les cas d'euthanasie et de suicide assisté sont relativement peu nombreux dans les centres d'hébergement du pays. Je veux dire par rapport à l'ensemble des cas.

Cependant, encore une fois, ce que j'aimerais savoir c'est si l'euthanasie est pratiquée dans notre pays et dans quelle mesure elle est pratiquée en l'absence de toutes règles et de tous moyens de contrôle? Les médecins et les malades prennent-ils des décisions unilatérales sans avoir à suivre de lignes directrices ou de règles établies? Je n'approuve pas entièrement les règles en vigueur aux Pays-Bas, mais au moins elles existent, pour guider ceux qui choisissent cette voie.

Je voudrais aussi parler de toute la question des soins palliatifs et, comme vous l'avez indiqué, de la définition de ces soins. Personnellement, je crois que ces soins devraient comprendre toute la gamme des services et pas seulement le traitement de la douleur au sens où on l'entend habituellement. Cela fait évidemment partie des soins palliatifs, mais il ne faut pas négliger non plus le plan spirituel, l'aide en cas de dépression et les ressources permettant d'offrir, dans le milieu, des services de relève aux soignants. J'aimerais savoir comment le ministère de la Santé définit les soins palliatifs.

[Text]

**Ms Marleau:** Well, I would tend to agree with you. It is a broad range of services, not just for the patient, but for family, and it is meant to deal with all of the needs — spiritual, mental, physical, financial even, if that's the case.

We at Health Canada have funded some grants for research in some areas, but we certainly have not funded anything on a national scale to get numbers. Perhaps we can consider something like that in the future as well.

In terms of defining palliation, we need to have a broad discussion with Canadians. This is, I believe, only the beginning of what will be many meetings and discussions across the country. I think we all need to face this, not just those of us sitting around the table, but every Canadian.

**The Chairman:** Your department produced some years ago a book or pamphlet on palliative care, which we have. We had several groups and organizations in palliative care saying that this had to be updated, and they would prefer that it be done on a national basis with set standards. I am wondering if it is on your agenda to discuss the production of such a book or pamphlet with your counterparts in the provinces and territories.

**Ms Marleau:** Well, we certainly are interested, and I will certainly bring it up with them when next we meet. I believe there is to be a meeting sometime early in the new year, but the date has not been fixed at this time.

**The Chairman:** In the news recently we heard of some very unfortunate cases of so-called mercy killing or mercy deaths. Just before the well-known Latimer case, I received, I think, a very sad and affecting letter from a woman in Vancouver who had a son that was severely disabled. She not only wrote a very eloquent letter about her tribulations with her son, whom she was keeping at home — I think he was in his mid-teens — but she enclosed a letter from the provincial government turning down her request for further aid. She did not want to institutionalize him.

We've just had, of course, the Latimer case which had some similar circumstances in that, I gather, the family simply was not receiving the kind of support and help it needed in a very isolated part of Saskatchewan. We had a case in Hamilton recently of a mother and son dying. Obviously the mother was very depressed because she had just been refused treatment. There is a large article in the paper about the lack of support and facilities for people with a variety of disabilities, including just old age or Alzheimers.

The provinces are saying they are being cut back by the federal government and they do not have the money. It seems to me that we need to redirect our funds. I do not disagree with any of the points you have made on the areas we have to concentrate on, and we have heard evidence in all the areas that you have mentioned today. We are cognizant of their importance.

[Traduction]

**Mme Marleau:** Je suis portée à penser comme vous, qu'ils désignent toute une gamme de services, et pas seulement pour le malade, mais aussi pour la famille, et qu'ils doivent répondre à tous les besoins, spirituels, moraux, physiques et même financiers, le cas échéant.

Santé Canada a offert des subventions de recherche dans certaines régions, mais rien à l'échelle nationale nous permettant de réunir des chiffres. Nous pourrions peut-être envisager une initiative semblable pour l'avenir.

Pour définir les soins palliatifs, il faut discuter avec l'ensemble des Canadiens. Je pense que nous en sommes seulement aux premières discussions et rencontres qui auront lieu partout dans le pays. Je pense que tous les Canadiens, et pas seulement ceux qui sont assis ici, doivent réfléchir à la question.

**La présidente:** Il y a quelques années, votre ministère a produit un ouvrage ou une brochure sur les soins palliatifs, que nous avons en main. Plusieurs groupes et organisations s'occupant de soins palliatifs nous ont dit que ce document devait être mis à jour et qu'ils aimeraient bien que ce soit fait à l'échelle nationale à partir de normes établies. Je me demande si vous avez prévu discuter de la rédaction de cet ouvrage ou de cette brochure avec vos homologues des provinces et des territoires.

**Mme Marleau:** Cette question nous intéresse et je ne manquerai pas de la soulever à notre prochaine rencontre. Je crois que nous devons nous réunir au début de la nouvelle année, mais la date n'a pas encore été fixée.

**La présidente:** On a entendu parler récemment dans les nouvelles de cas pathétiques de présumés meurtres par compassion. Juste avant la tristement célèbre affaire Latimer, j'ai reçu, selon moi, une lettre très émouvante d'une dame de Vancouver qui a un fils gravement handicapé, de 15 ou 16 ans, qu'elle garde à la maison. Elle relatait de façon très éloquente ses épreuves et avait joint à son envoi une lettre du gouvernement provincial lui refusant toute aide supplémentaire et elle ne voulait pas placer son fils en institution.

Je crois comprendre que l'affaire Latimer s'apparente au cas de cette dame, parce que la famille ne recevait tout simplement pas l'aide et le soutien nécessaires dans une région très isolée de la Saskatchewan. Il y a aussi relaté, récemment, le cas d'une dame et de son fils mourant à Hamilton. De toute évidence, la mère était très déprimée parce qu'on venait de refuser un traitement. Il y a un long article dans le journal sur la pénurie de soutien et de services offerts aux personnes souffrant de diverses incapacités, y compris le vieillissement et la maladie d'Alzheimer.

Les provinces affirment que le gouvernement fédéral leur coupe les fonds et qu'ils n'ont pas d'argent. Il me semble qu'il faut orienter nos fonds autrement. Je ne conteste rien de ce que vous avez déclaré sur les sujets que nous étudions et nous avons entendu des témoignages sur tous les aspects que vous avez abordés aujourd'hui. Nous sommes conscients de leur importance.



[Texte]

I am wondering, is there any way that the federal government can exercise some direction in the allocation of funds that go to the provinces to ensure that more is spent on palliative care, which we all agree needs far more attention and research, and in these other areas as well?

**Ms Marleau:** The provinces are now in the process of dealing with these very difficult issues. I believe every province across the country is looking at how better to spend the dollars they have. Some of them are further ahead than others, but they are all dealing and wrestling with these very serious dilemmas.

How do you spend the dollars that you have more effectively? I have in my family someone who is severely disabled. He is quite intelligent; he has one arm and one hand that works, and the rest is not in very good shape. He is now, I believe, 38 or 39 years old. The pressures on the family are horrendous; the sacrifices that these families make throughout their lives caring for these individuals. I can speak for those in my family who are involved in the care. They would not change their lives in any way, shape, or form.

This individual leads quite a good life. He is quite happy in what he is doing. They have had a considerable amount of support throughout his life. Now, there is always more that needs to be done. There is no doubt about it.

We, perhaps, have not always placed as much emphasis on those families as we should have. That is why I spoke so much about caregivers, the people who are left to feed, bathe, dress and look after the day-to-day requirements of living for many of these individuals, and that is over and above any question of pain management or treatment. I know that my provincial colleagues are aware of this subject and are addressing those issues.

I met with my provincial and territorial colleagues responsible for seniors. They too are aware of these dilemmas and are working with ministers of Health. In some cases, not the same people address the same issues. So, while what they are doing is difficult, for the most part they are well on the way to dealing with some of these issues.

**The Chairman:** We are glad to hear that, and I guess we are just hoping that these initiatives will move along a little more quickly and coherently. Again, I wonder is there any way that your department, the federal department, can direct more funds into research or direct funds in any way that you allocate funds for research in other areas?

**Ms Marleau:** As I have said, we are aware of the need, and we are directing funds now in these areas. We are certainly prepared to look at directing more funds from our existing sources into some of these areas.

There are not only government funds. You must remember that there are a lot of other funds out there also that go a long way towards research in some of these areas. The Medical Research Council levers a considerable amount of funding over and above the dollars which we allocate. I am certainly willing to take this issue up with the head of the Medical Research Council.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je m'excuse de mon retard qui est dû à des circonstances incontrôlables.

[Translation]

Je me demande si le gouvernement peut en quelque sorte influencer sur l'attribution des fonds versés aux provinces pour qu'on consacre davantage d'argent aux soins palliatifs qui, nous en convenons tous, doivent faire l'objet de plus d'études et de recherches, et aussi aux autres domaines?

**Mme Marleau:** Les provinces sont en train d'étudier toutes ces questions très complexes. Toutes les provinces du pays cherchent à dépenser de façon plus judicieuse. Elles n'en sont pas toutes rendues au même point, mais elles cherchent toutes des solutions à ces graves problèmes.

Comment dépenser plus judicieusement? Il y a, dans ma famille, une personne gravement handicapé: un homme très intelligent, de 38 ou 39 ans, qui peut se servir seulement d'un bras et d'une jambe. Les pressions sont très grandes pour la famille, comme sur toutes celles qui font de gros sacrifices toute leur vie pour s'occuper de leurs parents malades. Je sais toutefois que les membres de ma famille qui s'occupent de lui ne changeraient en rien leur vie.

Ce parent mène une belle vie. Il aime ce qu'il fait. Il a reçu beaucoup d'aide. Il est toutefois certain qu'il faut faire davantage.

Nous n'avons peut-être pas toujours accordé assez d'importance aux familles. C'est pourquoi je parle tant des soignants, de ceux qui nourrissent, lavent, habillent ces personnes et s'occupent de leurs besoins quotidiens, et cela va bien au-delà du traitement de la douleur. Je sais que mes collègues provinciaux sont conscients du problème et s'y intéressent.

J'ai rencontré mes collègues des provinces et des territoires qui s'occupent des personnes âgées. Eux aussi sont sensibles à ces questions et travaillent avec les ministres de la Santé. Dans certains cas, ce ne sont pas toujours les mêmes interlocuteurs qui s'occupent des mêmes questions. Leur tâche est difficile, mais ils vont se pencher sur ces problèmes.

**La présidente:** Nous sommes heureux de l'entendre; nous espérons seulement qu'on va agir un peu plus rapidement et de façon plus cohérente. Encore une fois, je me demande si le ministère fédéral peut accorder plus de fonds à la recherche ou diriger les fonds de façon à ce qu'ils soient consacrés à la recherche dans d'autres domaines?

**Mme Marleau:** Comme je l'ai dit, nous sommes au courant des besoins et nous versons maintenant des fonds dans ces domaines. Nous sommes prêts à financer davantage certains de ces domaines, à partir des fonds dont nous disposons.

Il n'y a pas que les fonds publics. Il faut se rappeler qu'il y a beaucoup d'argent qui vient d'ailleurs et qui sert à la recherche dans certains de ces domaines. Le Conseil de recherches médicales recueille des sommes considérables en plus des fonds que nous lui versons. Je suis tout à fait prête à soulever la question avec le président du Conseil de recherches médicales.

**Senator Lavoie-Roux:** I apologize for arriving late. It was due to circumstances beyond my control.

[Text]

J'ai lu votre présentation. Je vois que les questions qui vous préoccupent sont celles qui nous ont préoccupés, eu égard à l'acharnement thérapeutique, l'utilisation des analgésiques et ces choses-là. Je pense que tout le monde s'entend pour clarifier ces choses-là. Je m'excuse si je vous pose des questions qui peut-être ont déjà été posées. Je m'en excuse surtout auprès de mes collègues.

Depuis particulièrement les événements de Sue Rodriguez, de Nancy B, et d'autres événements, est-ce qu'il y a eu beaucoup de représentations qui ont été faites à votre ministère dans un sens ou dans l'autre?

**Mme Marleau:** On a pas mal de courrier, il faut le dire. Mais peut-être pas autant que je l'aurais pensé. Peut-être devriez-vous poser cette question au ministre de la Justice parce que le courrier était peut-être dirigé vers lui plutôt que vers moi.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Mais vous en avez reçu?

**Mme Marleau:** J'en ai reçu, oui.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** De quel ordre, quelles recommandations font-ils?

**Mme Marleau:** Il y a une variété de représentations qui sont faites. Souvent, on parle plutôt de la qualité de la vie, des soins qui sont offerts, des choix plutôt qu'autre chose.

**Mr. Juneau:** Would you like to comment on the kind of representations we get, mail and so on?

**Susan Lawson, Policy Analyst, Health Policy Division, Department of Health and Welfare:** We have had quite a number actually, from all groups; some disabled populations, quite a few from families. It is mainly families writing in, religious organizations; representations from lobby groups that the committee has heard from. So there has been a wide variety.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Cela va dans quel sens surtout?

**Ms Lawson:** Mainly they are supporting either euthanasia or palliative care, pressing for one area or the other. However, I have found from many of the letters that people have problems with how to understand these issues. For example, in some instances when they are addressing euthanasia, they may be referring to withdrawal of care or other issues. There is confusion amongst a wide variety of the population. That is one of the things we definitely noted in these letters.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Dans le forum sur la santé qui a été mis en marche, est-ce que c'est un sujet que vous avez l'intention d'aborder ou qui a été abordé? Jusqu'à maintenant, je pense que vous n'avez tenu qu'un seul de ces forums, si je ne m'abuse, qui a eu lieu à Ottawa.

**Mme Marleau:** Il y a eu plus d'une réunion. Il y en a eu une avec le premier ministre qui était la première rencontre mais depuis ce temps-là, il y a eu des sessions de travail et ils sont en train d'élaborer un plan de travail. Ils doivent se rencontrer au mois de janvier pour mettre sur pied et finaliser ce plan de travail. Comme tel, je n'ai pas assisté à toutes les réunions de

[Traduction]

I have read your presentation. I see that the issues that concern you are those that have been of concern to us, including aggressive therapy, the use of analgesics and such matters. I believe that everyone agrees that these matters should be clarified. I apologize if I ask you questions that may perhaps already have been asked. I especially apologize to my colleagues.

In particular since the Sue Rodriguez, Nancy B. and other events, have many representations been made to your department on the one side or the other?

**Ms Marleau:** We have had a fair bit of mail, I would say, but perhaps not as much as I would have thought. Perhaps you should put that question to the Minister of Justice because the mail may have been directed to him rather than me.

**Senator Lavoie-Roux:** But you received some?

**Ms Marleau:** I received some, yes.

**Senator Lavoie-Roux:** How much? What recommendations did they make?

**Ms Marleau:** A variety of representations were made. People often talked about quality of life, care provided and choices more than anything else.

**M. Juneau:** Voudriez-vous dire un mot sur les observations que nous recevons, le courrier et cetera?

**Susan Lawson, analyste des politiques, Division de la politique et de la santé, ministère de la Santé:** Nous en recevons beaucoup de tous les groupes, de certains groupes d'handicapés et beaucoup des familles. Le courrier que l'on reçoit vient surtout de familles et d'organisations religieuses, ainsi que des groupes d'intérêt qui se sont fait entendre auprès du comité. L'éventail est assez large.

**Senator Lavoie-Roux:** What was the gist?

**Mme Lawson:** En général, ils expriment leur appui pour l'euthanasie ou les soins palliatifs, en insistant sur l'un ou l'autre aspect. Cependant, j'ai pu constater, d'après beaucoup de lettres que nous avons reçues, que les gens ont du mal à comprendre ces questions. Par exemple, dans certains cas, on confond euthanasie et interruption de traitement. La question prête à confusion pour beaucoup de gens. C'est une des choses que nous avons constatées dans ces lettres.

**Senator Lavoie-Roux:** In the health forum that has been started up, is this the subject that you intend to address or that has been addressed? To date, I believe you have held only one of these forums, if I'm not mistaken, which took place in Ottawa.

**Ms Marleau:** There has been more than one meeting. There was one with the Prime Minister which was the first meeting, but since that time, there have been working sessions and they are in the process of developing a work plan. They are to meet in January to establish and finalize that work plan. I have not attended all the working meetings as such. So it would be



[Texte]

travail. Alors il serait difficile de dire s'ils ont parlé d'euthanasie. Je crois que non. Peut-être que monsieur Juneau peut en parler plus que moi.

**M. Juneau:** J'ai assisté à la dernière session de travail qui a eu lieu les 23 et 24 novembre et ils n'ont pas parlé d'euthanasie. De façon générale, ils n'ont pas parlé de sujets aussi précis que cela.

Comme le disait madame Marleau, ils sont encore à l'étape des grandes orientations mais un des quatre grands secteurs sur lequel ils ont choisi de se concentrer, c'est celui des valeurs dans le système de santé canadien. Dans ce contexte-là, il serait fort possible, en se préoccupant à la fois des valeurs et d'un phénomène inévitable, celui du vieillissement de la population, qu'ils en arrivent à s'intéresser à cette question-là.

Le premier ministre et la ministre ont choisi de laisser pas mal d'autonomie à 20 ou 25 personnes très compétentes et c'est à elles de juger si elles veulent se pencher là-dessus.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Mais il reste que, jusqu'à un certain point, ce sont à ces personnes compétentes peut-être d'initier le débat. Je trouve que cela peut être aussi une initiative du ministère de la Santé puisque vous faites le tour des provinces, vous rencontrez les sous-ministres de la Santé d'un peu partout et ainsi de suite. Je veux bien leur laisser l'initiative, mais ils peuvent peut-être être encouragés.

**Mme Marleau:** Ils sont maintenant en train d'établir des groupes de travail qui vont aborder certaines questions. Ils ont divisé cela en quatre groupes. À ce moment, on est certainement capable de leur suggérer certains points qui pourraient les intéresser. À ce moment, leur travail n'est pas terminé: l'élaboration du plan, les groupes de travail. Cela va se faire au début de janvier.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je suis certaine que vous en êtes consciente, si le gouvernement a décidé de tenir ces forums sur la santé, c'est que, au fond, tout le monde est préoccupé de l'aspect économique des coûts de la santé. Est-ce qu'il y a eu une réflexion de faite au ministère sur, peut-être, une certaine contradiction ou une certaine difficulté à concilier les coûts de la santé et de tous les soins requis en fin de vie. Est-ce que cette décision pourrait être prise en fonction de facteurs économiques?

**Mme Marleau:** Nous savons que nous dépensons beaucoup d'argent pour les soins de la santé. Beaucoup plus d'ailleurs que la plupart des autres juridictions qui font face aux mêmes problèmes auxquels nous faisons face.

Je ne nous compare pas aux États-Unis mais au Japon, à certains pays de l'Europe qui dépensent moins que nous.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Au Japon, c'est tout de même pas des personnes âgées ou à peu près pas.

**Mme Marleau:** En Europe, il y a des problèmes comme cela et nous dépensons beaucoup plus. Il s'agit de dépenser plus efficacement les dollars que nous avons.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ce n'est pas le sens de ma question. On est tous au courant de cela.

[Translation]

difficult to say whether they talked about euthanasia. I don't believe so. Perhaps Mr. Juneau can say more than I.

**Mr. Juneau:** I attended the last working session which was held on November 23 and 24, and they did not talk about euthanasia. Generally speaking, they did not talk about subjects as specific as that.

As Ms Marleau said, they are still at the stage of major orientations, but one of the four major sectors on which they chose to concentrate was values in the Canadian health care system. In that context, it would be entirely possible, focusing on values and the inevitable phenomenon of the aging of the population, for them to become interested in this issue.

The Prime Minister and the Minister chose to give 20 or 25 very competent persons a fair bit of room to manoeuvre and it is up to them to determine whether they want to examine it.

**Senator Lavoie-Roux:** Up to a certain point, however, perhaps it is up to those competent persons to initiate the debate. I find that this can also be an initiative of the Department of Health since you are touring the country, you will be meeting with all the deputy ministers of health virtually everywhere and so on. I'm willing to leave the initiative up to them, but they may perhaps be encouraged.

**Ms Marleau:** They are now busy establishing working groups that will address certain issues. They have divided that into four groups. At this point, we are certainly able to suggest to them certain points that might be of interest to them. At this point, the work is not finished: development of the plan, the work groups. That's going to be done in early January.

**Senator Lavoie-Roux:** I am certain you are aware of it. If the government decided to hold these health forums, it is because ultimately everyone is concerned with the economic aspect of health costs. Has there been any thinking in the Department about perhaps a certain contradiction or a certain difficulty in reconciling health costs with all the care required at the end of life. Could this decision be made based on economic factors?

**Ms Marleau:** We know that we are spending a great deal of money on health care, much more than most of the jurisdictions coping with the same problems we are facing.

I'm not comparing us to the United States, but to Japan, to certain European countries which are spending less than we are.

**Senator Lavoie-Roux:** But in Japan, it's not elderly persons, or hardly.

**Ms Marleau:** There are problems like that in Europe and we are spending much more. The idea should be to spend the dollars we have more effectively.

**Senator Lavoie-Roux:** That's not the meaning of my question. We are all aware of that.

## [Text]

**Mme Marleau:** Vous dites, est-ce qu'on pense que les coûts pour la santé, à cause du vieillissement de la population, pourraient être un problème. Est-ce cela que vous voulez dire?

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Il est évident que la population vieillit. Je n'ai pas le pourcentage en mémoire, mais je pense que dans les six derniers mois de la vie, on dépense autant que dans toute notre vie antérieure. C'est très élevé. Comme on ne peut pas dissocier la fin de vie de ces coûts-là je vous demandais s'il y a eu une réflexion de faite pour ne pas être entraîné possiblement dans une direction qui dirait: Qu'est-ce que qui coûte le moins cher. Il y a des questions de philosophie derrière tout cela qui est difficilement dissociable des questions économiques.

**Mme Marleau:** Dans mon discours, j'ai parlé un peu de cela, en ce qui a trait aux technologies dont nous nous servons souvent pour maintenir la vie mais qui ne parlent pas du tout de la qualité de la vie. Ce sont des questions importantes à considérer. Nous parlons plutôt de soins et de qualité que du maintien de la vie d'une façon prolongée mais qui n'offre pas beaucoup de qualité. Mais ce sont des questions qui nous préoccupent au ministère de la Santé, qui préoccupent les membres du forum aussi.

Ce sont des questions en tant que soins de la santé et du vieillissement de la population que nous avons demandé au forum d'évaluer. Vous allez en entendre parler davantage d'ici quelques mois, c'est certain. Ce sont des questions que j'ai abordées avec mes homologues provinciaux lorsque je les ai rencontrés à Winnipeg, les ministres responsables des personnes âgées. Plusieurs d'entre eux sont aussi ministres de la Santé dans leurs provinces. Ce sont des questions qui nous préoccupent tous beaucoup. Ce sont des questions que j'ai soulevées avec certains homologues des pays de l'Europe qui eux semblent dire qu'il est possible de s'occuper des soins d'une population vieillissante d'une façon abordable. C'est cela qu'on m'a dit dans certains pays.

Maintenant ce ne sont pas des Canadiens. Ils n'ont pas nécessairement les mêmes valeurs que nous. C'est une raison pour laquelle il faut continuer d'en discuter avec tous les Canadiens.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** En d'autres termes, vous ne sacrifieriez pas les services à rendre en fin de vie à des considérations économiques?

**Mme Marleau:** Il est entendu que nous voulons offrir les meilleurs soins possibles dans un cadre économique qui est justifiable. Mais il n'y a aucun doute que les ministres avec lesquels j'ai parlé à travers le pays veulent offrir les meilleurs soins possibles à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes mais les soins les plus efficaces possibles. On est tous d'accord que trop souvent on dépense des dollars pour des soins qui ne sont pas efficaces du tout. Il faut évaluer ce qu'on fait avec ce que l'on a. C'est un processus qui se fait maintenant.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je ne suis pas sûre que l'on se comprenne exactement. Quand on parle de la futilité des soins ou de l'acharnement thérapeutique, ici, il n'y a pas de problème

## [Traduction]

**Ms Marleau:** You are saying: Do we think that health costs could be a problem because of the aging of the population? Is that what you mean?

**Senator Lavoie-Roux:** It is obvious the population is aging. I don't remember the percentage, but I think in the last six months of life, we spend as much as in the entire earlier part of our life. That's very high. Since we cannot dissociate the end of life from those costs, I was asking you whether any thinking had been done so as not to be led possibly in the direction in which we would say: What costs the least? There are philosophical issues behind all that which are hard to dissociate from economic issues.

**Ms Marleau:** I spoke a little about that in my speech. As to the technologies we often use to keep people alive, but which do not at all concern the quality of life, these are important issues to consider. We are talking more about care and quality than keeping people alive over an extended period of time but not providing a great deal of quality. However, these are issues that concern us at the Department of Health and which concern the forum members as well.

It was issues concerning health care and the aging of the population which we asked the forum to evaluate. You are going to hear more about this in the next few months, that much is certain. These are issues which I addressed with my provincial colleagues when I met with them in Winnipeg, the ministers responsible for elderly persons. A number of them are also ministers of health in their provinces. These are issues which concern us all a great deal. They are questions which I raised with certain counterparts in European countries who said that it was impossible to provide care to an aging population in an affordable manner. That's what I was told in certain countries.

Now they were not Canadians. They do not necessarily have the same values as we do. That is one reason why we must continue discussing the matter with all Canadians.

**Senator Lavoie-Roux:** In other words, you will not sacrifice services that are to be provided at the end of life to economic considerations?

**Ms Marleau:** We clearly want to provide the best possible care within a justifiable economic context, but there is no doubt that the ministers with whom I spoke across the country want to provide the best possible care to all Canadians, but the most effective care possible. We all agree that money is too often spent for care that is not effective at all. We must evaluate what we do with what we have. That is a process which is currently under way.

**Senator Lavoie-Roux:** I am not sure that we understand each other exactly. When we talk about the futility of care or aggressive therapy, there is no problem around the table here. If



[Texte]

autour de la table. S'il y a encore des abus qui se font dans ce sens ou enfin des «abus», entre guillemets, personne ne dit qu'il faut les continuer jusqu'à ce que nous-mêmes, nous mourions.

C'était plutôt sur des décisions ou des orientations que le ministère pourrait prendre. Mettons de côté l'acharnement thérapeutique et les soins futiles et cetera, mais dans le cas de personnes gravement handicapées, on pourrait arriver à des solutions peut-être assez radicales si l'élément économique entrain trop en ligne de compte.

**Mme Marleau:** Ce n'est pas quelque chose dont on discute à ce moment. Ce n'est certainement pas quelque chose qui est à l'agenda.

**The Chairman:** Minister Marleau, thank you very much for being here today.

**Ms Marleau:** I wish you much luck, much compassion, because it is a very challenging subject for all of us.

**The Chairman:** Honourable senators, we are pleased to have with us now members of the ethics committee from the University of Sherbrooke. Perhaps you will introduce yourselves and proceed as you would like to with your presentation.

**Le docteur Pauline Lesage-Jarjoura, faculté de médecine, Université de Sherbrooke:** Nous sommes trois membres du comité d'éthique. C'est à ce titre que nous venons présenter notre mémoire aujourd'hui.

Également aussi à titre personnel et en tant que professeurs d'université, chacun dans une sphère différente. Alors ce qu'on compte vous présenter aujourd'hui, ce sont trois volets de la question, si vous voulez des aspects médicaux, en mon propre nom. Je suis le docteur Jarjoura.

J'oeuvre en soins palliatifs et également je suis professeur à la faculté de médecine. Vous aurez madame Nootens qui terminera en présentant quelques aspects sociaux et légaux. Elle est juriste de formation. Elle est professeur titulaire à la faculté de droit de l'Université de Sherbrooke et monsieur Jean Desclos qui est professeur agrégé à la faculté de théologie. Il présentera les aspects éthiques de la question qui nous occupent tous aujourd'hui, l'euthanasie et le suicide assisté. Alors donc je cède la parole à madame Nootens qui a préparé l'introduction pour ce mémoire qui fait corps même s'il est divisé en trois parties.

**Mme Suzanne Philips-Nootens, faculté de droit, Université de Sherbrooke:** Madame la présidente, madame la vice-présidente, laissez-nous tout d'abord vous exprimer nos remerciements pour nous avoir conviés à paraître devant vous. Nous savons que vous avez déjà tenu de très longues audiences mais nous avons néanmoins décidé de vous faire part de nos réflexions à cet égard. Les interrogations touchant la fin de vie ne sont pas nouvelles pour la société canadienne. Il est cependant important de mentionner l'évolution qui s'est faite dans ce domaine. À cet égard, je voudrais vous référer à l'annexe un du mémoire qui vous a été distribué, à la toute dernière page, où vous avez un schéma qui vous rappelle cette évolution. Après l'étape que nous avons appelé: l'étape de la mort repoussée, particulièrement développée dans les années 60,

[Translation]

there are abuses of this kind, or rather "abuses" in quotation marks, no one is saying they must continue until we ourselves die.

It was more on decisions and orientations that the Department focused. Let's set aside aggressive therapy and futile care and so on, but in the case of severely disabled persons, we could perhaps come up with fairly radical solutions if the economic element became too much of a factor.

**Ms Marleau:** That is not something we are discussing at this time. It is certainly not something that is on the agenda.

**La présidente:** Madame la ministre, je vous remercie beaucoup d'avoir comparu devant notre comité aujourd'hui.

**Mme Marleau:** Je vous souhaite bonne chance dans l'étude de cette question très délicate pour nous tous, qui exige beaucoup de compassion de votre part.

**La présidente:** Honorables sénateurs nous sommes heureux d'accueillir maintenant les membres du comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke. Je vous laisse faire les présentations et faire votre déclaration.

**Dr. Pauline Lesage-Jarjoura, Faculty of Medicine, University of Sherbrooke:** We are three members of the ethics committee. It is in that capacity that we have come to present our brief today.

We have also come in a personal capacity and as university professors, each in a different field. What we intend to present to you today are three aspects of the issue, medical aspects if you will, in my own name. I am Dr. Jarjoura.

I work in palliative care and I am also a professor at the Faculty of Medicine. You also have Ms Nootens who will close by introducing a few social and legal aspects. She is a lawyer by training. She is a full professor at the Faculty of Law at the University of Sherbrooke, and Dr. Jean Desclos is an associate professor with the Faculty of Theology. He will present the ethical aspects of the issue concerning us all today, euthanasia and assisted suicide. I will now give the floor to Ms Nootens, who has prepared the introduction to this brief, which forms a whole even though it has been divided into three parts.

**Dr. Suzanne Philips-Nootens, Faculty of Law, University of Sherbrooke:** Madam Chairman, Madam Vice-Chairman, allow us first to express our thanks for inviting us to appear before you. We know that you have already held very long hearings, but we have nevertheless decided to give you our thoughts on the subject. The questions concerning the end of life are not new for Canadian society. It is important, however, to mention how matters have evolved in this area. I would like to refer you on this point to Appendix 1 of the brief which we have distributed to you, on the very last page, where you have a diagram showing that evolution. After the stage which we have called death postponed, particularly developed in the 1960s with the development of reanimation and cardio-respiratory support methods and the aggressive therapy that followed therefrom, came the stage which we have called death

[Text]

avec le développement des méthodes de réanimation et de soutien cardiorespiratoire et l'acharnement thérapeutique qui s'en est suivi est venu l'étape que nous avons appelé celle de la mort acceptée, avec la cessation de traitement et la cessation de l'alimentation, finalement admise pour tous. Faut-il aller plus loin encore? Nous devons nous demander au-delà des cas particuliers si la consécration d'un véritable droit à la mort et son corollaire inévitable, le droit de donner la mort marquera un progrès pour nous vers l'accomplissement d'une société plus humaine et plus juste pour tous ses membres parce que c'est la question qui se pose. Dans ce débat, le vocabulaire doit être clair et la manipulation de l'opinion n'a pas sa place. On assiste souvent à une espèce de manipulation par le mélange des concepts qui sont soumis. Le suicide avec ou sans aide n'est pas de l'euthanasie. L'euthanasie n'est pas de l'aide au suicide et la cessation de traitement est bien distincte de ces deux concepts. Alors comme le docteur Jarjoura vous l'a dit tout à l'heure, nous aborderons d'abord les aspects médicaux puis les aspects éthiques de la question puis nous tenterons d'analyser ensuite les attraits et les mirages de la plupart des arguments développés pour favoriser une ouverture dans ce domaine. Nous terminerons par nos conclusions et nos recommandations. Je cède la parole au docteur Jarjoura.

**Madame Jarjoura:** Donc il y a quelques années, je terminais la rédaction d'un ouvrage sur la cessation de traitement et dès que j'avais déposé mon mémoire (c'était madame Nootens qui était mon professeur à l'époque) j'ai senti que je devais écrire un deuxième chapitre, un deuxième ouvrage et c'était bien sûr au suicide assisté et à l'euthanasie que je pensais à ce moment.

Depuis lors, j'ai donc amorcé une réflexion si vous voulez qui a été alimentée tant par les malades, les demandes qu'ils nous faisaient, les services aux malades en soins palliatifs, par les étudiants de médecine auxquels nous sommes confrontés régulièrement avec lesquels nous devons faire un certain enseignement et, bien sûr, avec la littérature fort développée dans ce domaine.

Je vous livre donc quelques éléments de réflexions. Peut-être y verrez-vous plus ou moins de cohérence parce que je n'ai retenu que quelques éléments qui, à mon avis, devraient être tenus en compte dans les réflexions que nous amorçons aujourd'hui. Bien sûr, avec toute notre technologie (la ministre en a fait longuement état tout à l'heure) nous avons reculé les frontières de la vie et de la mort.

Je précise que je ne lirai pas le texte. J'ai toujours été incapable de lire un texte, donc je vais sauter un petit peu pour abrégé et laisser un peu de temps à mes collègues. Donc ceci dit, nous avons créé en ce faisant un certain chaos dans l'administration des soins que nous donnons à nos malades.

Autrement dit, ce que l'on a fait dans les deux ou trois dernières décennies surtout, c'est de modifier en ce faisant notre sens de la vie et de la mort. Comme le professeur Vitch le disait très bien, il est devenu très difficile de mourir à l'époque d'une révolution que l'on pourrait qualifier de biologique.

[Traduction]

accepted, with the cessation of treatment and feeding, finally admitted for everyone. Need we go even further? Beyond certain specific cases, we must ask ourselves whether the establishment of a true right to death and its inevitable corollary, the right to administer death, will represent progress for us toward achieving a more humane and fairer society for all its members because that is the question that arises. In this debate, the vocabulary must be clear and there is no room for manipulating opinion. We often witness a kind of manipulation through the mix of concepts that are submitted. Suicide with or without assistance is not euthanasia. Euthanasia is not assisted suicide and the cessation of treatment is quite distinct from both those concepts. As Dr. Jarjoura told you a moment ago, we shall first address the medical aspects, then the ethical aspects of the issue, then we will try to analyze the mirages and the illusions of most of the arguments developed in favour of an openness in this area. We will close with our conclusions and recommendations. I give the floor to Dr. Jarjoura.

**Dr. Jarjoura:** A few years ago, I was finishing a work on the cessation of treatment and as soon as I submitted my paper — Ms Nootens was my professor at the time — I sensed that I had to write a second chapter, a second work and I was thinking of course of assisted suicide and euthanasia at that time.

Since then, I have begun thinking and my thinking has been shaped by patients, the requests they make to us, palliative care services to patients, medical students we see regularly and must teach and of course the very extensive literature in this area.

I will therefore give you some food for thought. You may find it not all that coherent because I have selected only a few points which, in my view, should be considered in our discussions today. Of course, with all our technology — the minister described the issue at length a moment ago — we have pushed back the boundaries of life and death.

I should point out that I will not read the text. I have always been unable to read a text and so I am going to skip a bit in order to shorten the text and leave my colleagues a little time. So that said, in so doing, we have created a certain amount of chaos in the administration of the care which we give to our patients.

In other words, what we have done in the last two or three decades in particular is to modify our idea of life and death in so doing. As Professor Vitch said it very well, it has become very hard to die in the midst of a revolution which could be called biological.



[Texte]

Qu'est-ce qu'on demande à la médecine? Là, je dirais que les demandes sont multiples. Il y a certains patients qui vont vous demander quelques instants de sursis, de survie. Ce seront ceux qui réclament l'acharnement thérapeutique parce qu'il y en a qui le font. D'autres entreprennent l'impossible, qu'on éloigne les frontières de plus en plus et enfin, quelques-uns nous demandent parfois quelques instants de moins à leur vie.

Ce sont les trois temps, les trois moments d'arrêt qu'on aura et que madame Nootens a bien défini tantôt et qu'on pourrait qualifier, d'une part, le moment avant l'heure qui est le moment de l'euthanasie et du suicide assisté et le moment à l'heure qui peut être une cessation de traitement bien comprise et enfin, le dernier moment qui est l'acharnement thérapeutique, c'est-à-dire après l'heure, partir après l'heure. Donc, que demande-t-on à la médecine? Ne serait-ce pas quand on regarde ces différentes demandes une modification des limites, des limites qui sont fragiles, incertaines, entre la vie et la mort. Est-ce que ce n'est pas une tentative qu'on essaie de faire: de préciser à l'avance l'heure de notre mort. Une maîtrise de la mort en quelque sorte, un exercice ultime d'autonomie dans le contexte du consentement, il n'est pas étonnant de voir une telle demande.

Tout compte fait, au fond, ce que l'on cherche, c'est le moment approprié de sa mort, c'est la ligne d'arrêt selon ses croyances, ses valeurs, ses capacités d'y faire face. La question qui se pose à nous: Est-ce que la société doit sanctionner une telle demande? Il y a une diversité d'opinions. La demande du public et on vous en a fait longuement état, vous avez vu les sondages, vous les connaissez, je vous réfère à la note infra-paginale deux. Vous pouvez avoir quelques-unes de ces références qui nous démontrent que c'est une opinion très partagée.

C'est également une opinion partagée non seulement chez le public mais de la part de nos juges dans le domaine juridique ou autre. On a précisé tantôt dans le discours qu'on ne sait pas quel pourcentage de nos malades atteints du sida ou de ceux à qui s'adresseraient l'euthanasie ou le suicide assisté, en feraient la demande. On sait tout de même que la maladie terminale constitue un risque accru, bien sûr, mais ces patients en phase terminale, que ce soit le cancer ou le sida, le taux de suicide ou de demande n'est pas si élevé que cela. On le considère dans bien des études à 2 ou 4 p. 100 de cette population. Ce qui est beaucoup plus fréquent et une idée qui m'apparaît ici très intéressante, c'est ce qu'on appelle l'idéation suicidaire, c'est-à-dire cette idée que conservent les malades derrière leur tête une fois qu'on en pourra plus, on pourra avoir cette échappatoire de pouvoir mettre un terme à ses jours.

Mais comme vous le savez sans doute, quand on est rendu à ce moment, il est très rare qu'on en fasse la demande. C'est comme une liberté que l'on sait avoir mais qu'on utilise très peu. Les facteurs de risque pour demander d'abrégé ses jours dans la population en général sont bien connus. Ils sont relativement les mêmes aussi lorsqu'on parle de demandes qui motivent l'euthanasie ou le suicide assisté. Elles sont surtout reliées à la dépression, à la douleur, aux sentiments de dépendance et comme le faisait remarquer le sénateur Lavoie-Roux tout à

[Translation]

What is being asked of medicine? Here I would say that the demands are many. There are some patients who will ask you for a moment's respite, for survival. There are those who demand aggressive therapy because there are some who provide it. Others ask the impossible, that we increasingly push back the boundaries and, lastly, some sometimes ask us for a few moments less of life.

These are the three times, the three stopping moments which we have and which Ms Nootens clearly defined a moment ago and which could be characterized as the moment before the time, which is the moment of euthanasia and assisted suicide, and the moment on time, which may be a well-understood withholding of treatment and, lastly, the last moment, which is aggressive therapy, that is to say after the time, dying after the time. So what is being asked of medicine? When we look at these various requests, would it not be a change to the limits, which are fragile, uncertain, between life and death. Is it not an attempt that we make to set in advance the time of our death? A mastery over death as it were, a final exercise in autonomy in the context of consent; it is not surprising to see such a request.

All things considered, what the patient is ultimately seeking is the appropriate moment of his death, the finish line, based on his beliefs, his values and his ability to face them. The question that arises for us is: Should society approve such a request? Opinions vary. Public demand, and that has been described to you at length, you have read the polls, you are aware of them; I refer you to footnote 2. You may consider a few of these references which show us that opinion is highly divided.

Opinion is divided not only among the public, but also among our judges in the legal and other fields. It was said a moment ago in the speech that we do not know what percentage of our AIDS patients and those concerned by euthanasia or assisted suicide would make the request. We do know, however, that terminal illness is a heightened risk, of course, but these terminal patients, whether they have cancer or AIDS, the suicide rate or demand rate is not all that high. In many studies, it is estimated at 2 to 4 per cent of this population. What is much more frequent and an idea which seems to me very interesting is what is called suicidal ideation, that is to say this idea that patients have at the back of their minds when they can't go on, the idea that there is this escape of being able to put an end to their lives.

However, as you are no doubt aware, when a person has reached that stage, he very rarely makes the request. It is like a freedom which they know they have, but they hardly use. The risk factors involved in committing suicide in the general population are well known. They are relatively the same with respect to requests for euthanasia or assisted suicide. They are mainly related to depression, pain, feelings of dependence and, as Senator Lavoie-Roux noted a moment ago as well, increasingly not only to pain, but also to existential distress and to what could

## [Text]

l'heure également, de plus en plus, non pas seulement à la douleur mais à une détresse existentielle et à ce qu'on pourrait qualifier de perte de contrôle, de la déchéance et cela, les statistiques, vous le verrez en note infra-paginale, pour, si vous voulez, quantifier mes propos.

La détermination des limites, les incertitude et ici, si je les mentionne, c'est que ces décisions, en fin de vie ne sont pas si faciles qu'elles puissent le paraître. Il existe de nombreuses incertitudes tant de la part du domaine médical que de la part également des acteurs qui prennent ces décisions, et vous savez bien sûr que la médecine est une science appliquée, souvent imprécise, dont les balises sont loin d'être déterminées.

On n'a qu'à penser aux pronostics de cancer ou dans la maladie même du sida, souvent les patients nous demandent combien de temps? Où en suis-je? Où vais-je? Ce n'est pas toujours facile de préciser ce pronostic. Bien sûr, un défaut de reconnaître où l'on se situe peut parfois nous faire prendre une décision dans un sens ou dans l'autre. Cela peut nous conduire souvent à une intervention inappropriée.

La sphère de l'évaluation mentale présente aussi ces difficultés. Il n'est pas toujours facile de déceler une dépression sous-jacente. On sait qu'il y a beaucoup de distorsion subtile dans ce domaine. C'est peut-être encore plus difficile que de déceler la maladie physique et d'autant plus que l'habileté des cliniciens et ceci a été répété par maints collègues cliniciens, l'habileté des médecins à déterminer la dépression ou autre est loin d'être évidente et loin d'être sans reproche.

Sur la notion d'inutilité des traitements, madame le sénateur Lavoie-Roux en a mentionné un mot tout à l'heure, je vous rappellerai que c'est une notion qui est très ambiguë, complexe et difficile. Il faut lire la littérature et surtout dans le domaine médical pour savoir que si certains termes sont difficiles à définir, celui-là n'y échappe certainement pas.

Les incertitudes des acteurs: il y a trois types d'intervenants, trois types d'acteurs dans la prise de décisions. Il y a, bien sûr, le malade. Il ne faut pas oublier que ces malades, peu importe si c'est une maladie terminale ou non, ont parfois, souvent, un processus décisionnel ou un consentement altéré par la maladie, altéré par la médication, altéré par la peur simplement, l'anxiété ou peu importe.

Les intervenants ont eux-mêmes leur propre problème, leur propre anxiété. Comme vous le savez, quand on oeuvre dans ces domaines parfois difficiles, on devient avocat de notre propre méthode. On a nous-mêmes notre propre idée sur ce que qui constitue une finale ou une mort digne. Parfois même, on se laisse entraîner, je dois le dire, dans le déni ou la détresse du malade qui nous fait opter pour telle ou telle décision. On a aussi parlé de la famille. L'entourage lui-même est confronté à ses angoisses, à ses difficultés, à ses anxiétés, à sa façon de vouloir retenir le malade ou au fait de vouloir le voir partir plus tôt. Donc tout ceci jouera dans la détermination des limites.

Les soins palliatifs constituent-ils une réponse à la souffrance? Je n'élaborerai pas là-dessus parce que je sais que plusieurs de mes collègues en soins palliatifs venus avant moi ont conclu là-dessus. Je voudrais quand même ajouter qu'il y a une

## [Traduction]

be called loss of control and degeneration, and you can see the statistics in the footnote if you want to quantify my remarks.

Determining limits, uncertainties — and if I mention them here it is because these end-of-life decisions are not as easy as they may seem. There are many uncertainties in the medical field and among those who make these decisions, and you know of course that medicine is an applied science, often imprecise, whose limits are far from being determined.

One need only think of the prognosis for cancer or even AIDS. Patients often ask us how much time they have? Where am I? Where am I going? It is not always easy to make an accurate prognosis. Of course, failure to recognize where a patient stands can sometimes lead us to make a decision in one way or another. That can often lead us to take inappropriate action.

Mental assessment also has its difficulties. It is not often easy to detect an underlying depression. We know there is a great deal of subtle distortion in this area. This is perhaps even harder than to detect the physical disease, particularly since, and this has been repeated by many of my clinician colleagues, the skill of clinical physicians in determining depression or other mental conditions is far from perfect, far from being beyond reproach.

The notion of futility of care, Senator Lavoie-Roux, mentioned it a moment ago, I would remind you that this is a very ambiguous, complex and difficult notion. You have to read the literature, particularly in the medical field, to determine whether certain terms are hard to define, and this one is certainly one of those.

The uncertainties of the players. There are three types of parties, three types of players in the decision-making process. There is of course the patient. It should not be forgotten that, regardless whether they are terminal or not, these patients sometimes, indeed often, have a decision-making capacity or capacity for consent that has been altered by the disease, altered by the medication or simply altered by fear, anxiety or whatever.

The caregivers themselves have their own problems, their own anxieties. As you know, when you work in these sometimes difficult fields, you become the advocate of your own method. We have our own idea of what constitutes a dignified end or death. Sometimes, I have to say it, we even allow ourselves to be dragged into the denial or distress of the patient who leads us to make such and such a decision. You also talk about the family. The family is facing its own anxieties, its own difficulties, its way of wanting to hold on to the patient or wanting to see him go sooner. So all this will come into play in determining the limits.

Is palliative care an answer to suffering? I won't elaborate on that question because I know that a number of my colleagues in palliative care who have testified before me have given you their conclusions on that subject. I would nevertheless like to add that



[Texte]

distinction fondamentale, vous le savez déjà, mais je crois qu'on doit en tenir compte dans nos propos, entre la souffrance et la douleur. La souffrance est beaucoup plus globale. C'est un phénomène de détresse psychique et j'ajouterai qu'elle ne se mesure pas, qu'il n'y a pas d'échelle de la souffrance. On reste encore là avec un terme à définir puisque c'est un terme que l'on évoque souvent pour dire que lorsque il y aura une souffrance intolérable, on pourra accéder à la demande du patient. Je vous rappellerai qu'il est très difficile de préciser ce que c'est qu'une véritable souffrance. Tout au plus, comme vous savez, il existe des échelles de la douleur... Mais encore!

La souffrance, il ne faut pas oublier qu'elle s'inscrit à l'intérieur d'une culture, d'un contexte qui lui donne une signification, une place, un sens et qui fait en quelque sorte que les réponses que les gens auront dépendront peut-être du contexte sociétal dans lequel ils viennent s'inscrire. Aujourd'hui dans une société dominée par l'analgésie, ce que Ivan Ilitch appelait la schizo-algie, il est devenu difficile de reconnaître que la capacité de souffrir peut constituer un signe d'humanité. On a l'impression qu'il faut l'abolir à tous prix, au prix même parfois d'abolir l'être souffrant. Il faut bien le reconnaître, que la souffrance fait partie de notre condition humaine, qu'il serait certainement illusoire de vouloir l'en exclure complètement sans risquer au fond d'anéantir la personne toute entière.

Je reviens à ma question de départ, les soins palliatifs. Les soins palliatifs avec leur approche globale, je pense que c'est certainement fort louable, très intéressant. La philosophie essaie de redonner un contrôle aux patients, essaie de préserver son autonomie le plus longtemps possible, ce qui est la crainte la plus grande de la plupart de nos malades. Toutefois je vais souligner ici quelques points. On sait que 60 à 90 p. 100 des malades auront tôt ou tard une certaine douleur qu'on pourrait qualifier de modérée à sévère. Dans 5 à 10 p. 100 des cas, il y a des malades pour lesquels on ne pourra rien sauf peut-être arriver à une sédation ou une certaine forme de sédation, c'est ce qu'on appelle très souvent les symptômes réfractaires.

Par ailleurs, c'est ce qui est très intéressant, d'autres études ont démontré en contrepartie que 20 à 60 p. 100 de la douleur cancéreuse est bien traitée seulement, ce qui laisse une large part à une douleur qui est non traitée.

Les résultats en terme de contrôle des symptômes ne sont guère plus encourageants dans le domaine de la maladie psychique ou dans la détresse psychologique. Ma question est la suivante: ne devrait-on pas apprendre à contrôler la douleur, et même jusqu'à un certain point la souffrance, plutôt que de vouloir contrôler la vie dans son entier?

Les soins palliatifs représentent une alternative certainement intéressante et essentielle dans le soulagement de la douleur. Ils ne sont certainement pas, toutefois, garants d'une réussite parfaite et, il faut bien l'avouer, ils ne peuvent contrôler toutes les douleurs. Ils ne sont donc pas une panacée pour une finale sans souffrance, surtout, probablement, en ce qui a trait à la souffrance plus globale ou psychologique.

[Translation]

there is a fundamental distinction between suffering and pain, as you already know, but I believe we must take it into account in our remarks. Suffering is much more comprehensive. It is a phenomenon of psychological distress and I will add that it cannot be measured, that there is no scale of suffering. This is yet another term to be defined since it is a term which is often used to mean that, when a patient is experiencing intolerable suffering, we can grant this request. I would remind you that it is very hard to determine exactly what true suffering is. At best, as you know, there are scales of pain, but even at that ...

It should not be forgotten that suffering is understood in a cultural setting, a context which gives it a meaning, a place, a sense and as a result of which the answers which people will have will perhaps depend on the social context in which they occur. Today, in a society dominated by analgesia, which Ivan Ilitch called schizoalgia, it has become difficult to admit that a capacity for suffering may be a sign of humanity. We have the impression that it must be abolished at all cost, sometimes even at the cost of abolishing the suffering being. We must admit that suffering is part of our human condition, that it would certainly be mistaken to want to exclude it completely without ultimately risking the destruction of the entire person.

I'll come back to my original question, palliative care. Palliative care, with its holistic approach is, I believe, certainly highly praiseworthy and very interesting. Philosophy tries to restore control to patients, to preserve their independence as long as possible, which is the greatest fear of most of our patients. However, I want to emphasize a few points here. We know that 60 to 90 per cent of patients will sooner or later have a certain pain that can be characterized as being from moderate to severe. In 5 to 10 per cent of cases, there are patients for whom we can do nothing except perhaps provide sedation or a certain form of sedation for what are very often called intractable symptoms.

Moreover, and this is what is very interesting, other studies have shown on the other hand that only 20 to 60 per cent of cancer pain is well treated, which leaves a large share of untreated pain.

The results with respect to symptom control are scarcely more encouraging in the field of psychological disease or psychological distress. My question is this: should we not learn to control pain, and even to a certain point suffering, rather than try to control life as a whole?

Palliative care is certainly an interesting and essential alternative in the alleviation of pain. However, it definitely does not guarantee perfect success and it must be admitted that it cannot control all pain. It is therefore not a panacea for death without suffering, probably especially with regard to more comprehensive or psychological suffering.

*[Text]*

Il serait donc illusoire de penser que l'on puisse répondre à tous les besoins, même avec les meilleurs services de soins palliatifs.

Je terminerai avec le rôle de la médecine puisqu'en ma qualité de clinicien, c'est surtout l'aspect qui m'intéressait.

Les médecins ont le mandat d'utiliser toutes les mesures possibles et proportionnées afin de libérer leurs patients de la douleur et des symptômes qui les affligent. Sir William Osler, ce médecin canadien au tournant du siècle, a très bien exprimé le rôle de la médecine, en disant:

Guérir parfois, soulager souvent, reconforter toujours.

Cet adage, au fond, ne fait que traduire la tradition médicale depuis longtemps défendue.

Souvent la seule chose qu'attendent les malades du personnel soignant en regard de leur souffrance, c'est peut-être d'emprunter un peu de force. Les professionnels n'ont peut-être rien de mieux à faire dans certains cas, que de leur prêter de cette force. «Stand by» comme diraient certains anglais.

Les frontières qui définissent les personnes éligibles à l'aide au suicide ou à l'euthanasie ne peuvent qu'être instables puisque liées obligatoirement à la compassion, qui elle-même est fragile, instable et non toujours définissable. Bien avant de penser maîtriser la mort, il nous faut certainement, à mon avis, franchir l'étape d'une cessation de traitement bien comprise, et croyez-moi c'est loin d'être fait dans nos hôpitaux, et d'un contrôle plus efficace de la douleur tant physique que psychique. Encore là, il y a beaucoup de chemin à faire.

La recherche du moment d'arrêt, l'heure juste? Quelle heure au fond est la bonne heure pour l'ensemble des malades qui le nous réclament? Celle qui correspond à des standards de pratique reconnus par la société? Celle qui correspond aux valeurs du patient, à sa capacité de faire face à la souffrance?

Il faut travailler en soins palliatifs ou dans des domaines connexes pour voir que tant de souffrance, finalement, finit pour nous atteindre et nous fait souffrir. Nous sommes nous-mêmes en tant qu'intervenants tentés de prendre le chemin le plus court. Pourquoi au fond lutter? Pourquoi se donner tant de mal pour encourager et supporter nos malades? Certains diront: au nom même de la mort dans la dignité, il faudrait équivaloir la dignité avec une connotation pure d'autonomie. Il y a d'autres valeurs, peut-être, que nous devrions privilégier. La mort est un acte individuel, mais aussi un acte social.

Il faut se garder donc de faire du suicide assisté ou de l'euthanasie, ce que j'appellerais un placebo à une détresse existentielle. La médecine ne doit pas s'approprier la compétence de solutionner des problèmes, qui au fond renvoie peut-être un sens de la vie ou de la mort à l'inutilité de la souffrance ou à la perte de contrôle, insulte suprême à la dignité humaine. À mon avis, la médecine ne peut répondre qu'au premier niveau de souffrance, c'est-à-dire, la douleur, la peur, l'angoisse et l'incertitude qui sont reliés à la maladie, ce que j'appellerais la partie physiologique de la souffrance.

*[Traduction]*

It would be an illusion to think that we can respond to all needs, even with the best palliative care services.

I will close with the role of medicine since this is the aspect that mainly interests me as a clinical physician.

Physicians have a duty to use all possible and proportionate measures to free their patients from pain and the symptoms afflicting them. Sir William Osler, a Canadian physician, expressed the role of medicine very well at the turn of the century saying:

Healing sometimes, relieving often, comforting always.

This adage ultimately merely translates the medical tradition that has long been defended.

Often the only thing that patients expect of caregivers with respect to their suffering is perhaps to draw a little strength from them. Professionals may have nothing better to do in certain instances than to lend them this strength, to stand by, as some would say.

The boundaries that define persons who are eligible for assisted suicide or euthanasia can only be unstable since they are necessarily bound up with compassion, which itself is fragile, unstable and not always definable. Long before thinking of mastering death, we must certainly, in my view, reach the stage where we properly understand that treatment must be stopped, and believe me this is far from being the case in our hospitals, and more effectively controlled physical and psychological pain. And here again, we have a long way to go.

The search for the time to stop, the right time? What time is ultimately the right time for all patients who ask us? The one that corresponds to standards of practice recognized by society? One that coincides with the patient's values, to his ability to face suffering?

You have to work in palliative care or in related fields in order to see that so much suffering ultimately gets to us and makes us suffer as well. We ourselves as caregivers are tempted to take the shortest road. Ultimately, why fight? Why try so hard to encourage and support our patients? Some will say: In the name of death with dignity, dignity should be given a pure connotation of autonomy. There are perhaps other values which we should favour. Death is an individual act, but also a social act.

We must refrain from making assisted suicide or euthanasia what I would call a placebo for existential distress. Medicine must not appropriate the power to solve problems which ultimately perhaps relate a meaning of life or death to the pointlessness of suffering or the loss of control, the supreme insult to human dignity. In my view, medicine can respond only to the first level of suffering, that is to say pain, fear, anxiety and uncertainty which are related to the disease, what I would call the physiological part of suffering.



## [Texte]

À mon avis, il est une erreur de prétendre pour la médecine, résoudre la souffrance du deuxième niveau, soit celle qui touche au sens de la souffrance ou de l'existence même. Ne serait-ce pas surtout cette absence de sens de la souffrance qui n'est pas endurable, beaucoup plus, peut-être, que le souffrance elle-même? C'est Nietzsche lui-même qui tenait ces propos.

Je termine par une phrase du juge Jean-Louis Baudouin, de la Cour d'appel du Québec, qui disait:

C'est peut-être ce sens de la souffrance à retrouver qui constitue le défi des années à venir, peut-être beaucoup plus que le contrôle de la mort et de la finale comme telle.

Ici, je pense, que la médecine n'a plus de rôle. Je laisse la parole à mon collègue dont la réflexion éthique s'amorce et qui est souvent beaucoup plus difficile que la simple réflexion médicale.

**Monsieur Jean Declos, docteur en théologie, faculté de théologie, Université de Sherbrooke:** J'ai beaucoup lu, honorables sénateurs, les comptes rendus du comité sénatorial spécial sur le suicide assisté et l'euthanasie, depuis le début et il m'est apparu que le débat se resserrait autour d'une problématique qui peut s'énoncer de la façon suivante:

... si quelqu'un, malgré le support analgésique et de bons soins palliatifs, malgré toutes les ressources en place ne veut plus vivre et veut être aidé à mourir parce que c'est son choix personnel profond, motivé, réfléchi, lucide, peut-on lui refuser cette aide ou doit-on consentir à sa demande, comme société, avec des paramètres médicaux et juridiques précis?

Le débat, il m'est apparu, se polarisait autour de deux façons d'interpréter le suicide assisté soit par le thème du suicide ou par le thème de l'assistance. Ainsi, l'on met en confrontation deux valeurs, l'autodétermination, entendue comme liberté individuelle et comme possibilité inaliénable de choisir ce qui paraît conforme à mon bien personnel; et l'autre valeur, le respect de la vie humaine, et la qualification éthique du geste de donner la mort à un humain, même par compassion.

Ce qui amène à poser deux grandes interrogations: les limites de l'autodétermination et le sens du respect de la vie humaine comme élément fondateur de toute éthique.

Il me semble que l'autodétermination ne peut pas être comprise comme un absolu. L'éthique doit s'appliquer à rendre possible la libre décision de chaque sujet humain. Mais en raisonnant sur la seule harmonique du sujet, on exclut l'idée qu'il existe des valeurs et des normes communes, pour lesquelles nous devons travailler ensemble et qui sont au cœur de notre mutualité et de notre réciprocité comme sujets humains vivant en société et recherchant l'harmonie.

Les individus sont interreliés par une sorte d'idéal commun qui, au-delà des différences culturelles, des opinions ou des souffrances personnelles, aide à guider l'action dans un sens qui soit raisonnable et conforme à l'humain. Sinon, l'éthique perd son sens fondamental d'instance interpersonnelle, d'instrument rationnel et relationnel, de carrefour de sens qui rend possible la

## [Translation]

In my view, it is a mistake to claim that medicine can resolve suffering at the second level, that is to say in the sense of suffering or of existence itself. Isn't it not mainly this absence of a meaning of suffering that is unendurable, much more so perhaps than the suffering itself? It was Nietzsche who made those remarks.

I'll close with a comment by Mr. Justice Jean-Louis Baudouin of the Quebec Court of Appeal, who said:

Perhaps it is this meaning of suffering that is to be found which constitutes the challenge of the years to come, much more so perhaps than control over death and the end as such.

Here I don't think medicine has a role. I'll now give the floor to my colleague whose ethical thinking is well established and often much more difficult than mere medical thinking.

**Dr. Jean Declos, Doctor of Theology, Faculty of Theology, University of Sherbrooke:** Senators, I have read the proceedings of the Special Senate Committee on Assisted Suicide and Euthanasia from the start and it seems to me that the debate has focused around a central theme that may be stated as follows:

... if someone, despite analgesic support and good palliative care, despite all the resources in place, cannot live and wants to be helped to die because that it is his profoundly felt, reasoned, clearly and lucidly choice, can we deny him that assistance or must we, as a society, consent to his request in accordance with specific medical and legal parameters?

The debate, it seemed to me, was polarized around two interpretations of assisted suicide, the one based on the theme of suicide, the other on the theme of assistance. As a result, two values are being contrasted: self-determination, understood as individual freedom and as the inalienable opportunity to choose what appears to be consistent with my personal good, and the other value, respect for human life and the ethical characterization of the action of giving death to a human being, even out of compassion.

All of which leads to two major questions: the limits of self-determination and the meaning of respect for human life as a building block of any ethics.

It seems to me that self-determination cannot be understood as an absolute. Ethics must apply itself to making the free choice of each human subject possible. However, by reasoning solely on the harmonic of the subject, one excludes the idea that there are common values and standards for which we must work together and which are at the heart of our mutuality and reciprocity as human subjects living in society and seeking harmony.

Individuals are interrelated by a kind of common ideal which, beyond cultural differences, opinions or personal suffering, helps guide action in a direction that is reasonable and human. Otherwise, ethics loses its fundamental meaning as an interpersonal authority, as a rational and relational instrument, as a crossroads of meaning which makes possible the meeting which

*[Text]*

rencontre qui aide à gérer les relations entre les personnes dans la poursuite du plus grand bien de chacun et de tous.

L'éthique c'est la grande questionneuse. Il m'apparaît que dans vos débats, souvent, le rôle des éthiciens a été d'apporter des questions de fond. Des questions qui ne se résolvent pas uniquement par des chiffres et des statistiques mais qui nous renvoient au sens: quel est le sens de la vie humaine? Quel est le sens de la mort humaine? Quel est le sens de la souffrance humaine? Quel est le sens de la liberté?

La liberté a des frontières, a des limites. Anéantir sa propre vie humaine corporelle, c'est une action qui nous place en pleine contradiction. Le geste suicidaire, posé au nom de l'autodétermination, n'a pas de sens parce qu'alors il annule non seulement la vie, mais la liberté elle-même. Tout en étant l'expression ultime de la liberté, il en est aussi l'anéantissement. Réclamer, au nom de l'autonomie, un droit d'être plongé dans la mort par un autre être humain implique une semblable impasse: Sommes-nous propriétaires de nous-mêmes au point de pouvoir disposer de notre corps comme d'un objet? Est-ce que le sujet que je suis, est aussi de la même façon un objet qu'il peut manipuler? Le sujet humain peut-il se dédoubler en objet et s'aliéner dans l'auto-destruction ou la destruction faite par une tierce personne?

Dit autrement: la liberté de la personne humaine ne peut pas se comprendre de façon aut centrée. Personne ne vit pour soi-même, ne peut exiger d'un autre, ou de la société, qu'on le fasse mourir selon les conditions qu'il ou elle aurait fixées.

Il faut entrer dans un deuxième champ de réflexion, c'est le sens du respect de la vie humaine comme élément fondateur de toute éthique. Il m'apparaît que l'aide au suicide et l'euthanasie ne peuvent se qualifier autrement que par l'intention de faire mourir un être humain. Bien qu'il s'agisse de compassion, on ne peut pas plaider que la mort, de toute façon, est au rendez-vous: c'est nous qui agissons pour que la mort vienne. C'est une difficulté certes de déterminer exactement quand quelqu'un est sous l'emprise de la mort humaine. Mais comme on a affaire à une réalité extrêmement importante, dans l'incertitude qui règne, en raison de la gravité des gestes posés, de leur caractère irréversible et de la valeur de toute vie humaine, les règles d'un bon discernement nous mettent au défi de ne rien faire qui puisse équivaloir à une action intentionnellement et directement porteuse de mort humaine.

Tout geste par lequel un être humain exprime l'intention de faire mourir un autre humain est éminemment suspect. Il contredit l'interdit fondateur de l'éthique, l'interdit de l'homicide, qui est le fondement minimal des relations en société. Tout geste porteur de mort humaine, même fait par compassion, dans le but de soulager la douleur ou la détresse, est contraire à la dignité de l'être humain vivant en société. Accepter qu'un être humain ait le droit d'en faire mourir un autre, pour quelque noble raison que ce soit, c'est introduire entre les humains une brisure fondamentale dans leurs relations réciproques et, concrètement, c'est ouvrir la porte à un pouvoir arbitraire de vie ou de mort selon un jugement de la valeur relative de l'existence d'une personne.

*[Traduction]*

helps manage relations among persons in the pursuit of the greatest good of each one and of everyone.

Ethics is the great questioner. It seems to me that the role of ethicists in your debates has often been to provide the basic questions, questions which cannot be resolved solely by figures and statistics, but which refer us back to meaning: what is the meaning of human life? What is the meaning of human death? What is the meaning of human suffering? What is the meaning of freedom?

Freedom has its boundaries, its limits. To destroy one's own corporal human life is an action which leads us into complete contradiction. Suicide committed in the name of self-determination has no meaning because it nullifies not only life, but freedom itself. While remaining the ultimate expression of freedom, it is also its destruction. To claim, in the name of autonomy, a right to be plunged into death by another human being implies a similar impasse: Do we own ourselves to the point where we can dispose of our bodies as we would an object? Is the subject that I am also in the same way an object that I can manipulate? Can a human subject also be an object and alienate himself in self-destruction or destruction wrought by a third party?

To put it otherwise: human freedom cannot be understood as being self-centered. No one lives for himself, no one can require of another or of society that he be put to death under conditions which he or she may have set.

We must enter a second field of thought, the meaning of respect for human life as a building block of any ethics. It seems to me that assisted suicide and euthanasia cannot be characterized other than by the intention to make a human being die. Although compassion may be involved, one cannot plead that death is in any case at the door: it is we who act to make death come. It is of course hard to determine exactly when someone is under the influence of human death. However, since we are dealing with an extremely important reality, in the uncertainty that reigns because of the seriousness of the actions taken, of their irreversible nature and of the value of all human life, the rules of good judgment face us with the challenge of doing nothing that can be tantamount to an action in which we intentionally and directly bring about human death.

Every action whereby a human being expresses the intention to cause another human being to die is eminently suspect. It contradicts the founding prohibition of ethics, the prohibition against homicide, which is the minimum basis of relations in society. Every action that brings about human death, even out of compassion, in order to relieve pain or distress, is contrary to the dignity of human beings living in society. To agree that a human being has the right to cause another to die, for whatever noble reason, is to introduce among human beings a fundamental break in their reciprocal relations and in a very real way to open the door to an arbitrary power over life and death on the basis of a judgment of the relative value of a person's existence.



[Texte]

La vie humaine n'est pas un bien privé: elle est reçue, elle est partagée avec d'autres, elle est développée en interdépendance et réciprocité. Le geste d'aide au suicide ou d'euthanasie, par lequel un être humain souffrant est volontairement plongé dans la mort, peut certes s'expliquer comme réaction à des situations tragiques, mais il ne peut pas se justifier éthiquement. La dignité n'est pas non plus une qualité superficielle faite d'indépendance et de beauté: Elle est l'expression de la qualité tout à fait particulière de l'être humain, de l'humanité profonde qui est en chacun de nous et qui dépasse le sujet individuel. La bonne mort souhaitable, c'est la mort accompagnée, vécue dans la relation. Ni la bonne volonté, ni la compassion, ni l'intention généreuse ne pourront rendre bon un acte qui, en sa structure interne, a comme objet la mort d'un être humain, même un geste qui est fait avec respect et délicatesse mais qui est un acte de mort et contre l'éthique.

La mort humaine n'est pas un droit ni un bien, mais une fatalité inévitable. C'est le droit à la vie qui est fondamental, et valable de façon universelle pour tous les humains. En principe, toutes les morts humaines ont égale valeur, comme les vies et les personnes. Les grands principes qui guident l'agir des êtres humains vivant en société, doivent se transcrire dans des absolus normatifs. L'interdit de l'homicide nous apparaît comme un absolu normatif. Une société qui cultive la liberté et le respect des personnes doit le maintenir, comme frontière solide. Cet interdit doit être maintenu partout. Si une loi autorise des médecins à procéder à des gestes d'aide au suicide ou d'euthanasie, elle devrait logiquement donner la même autorisation aux parents, aux soignants à domicile, à toutes les personnes qui sont les plus à même de connaître la souffrance et les besoins de leurs proches.

L'interdit et son caractère absolu, rappellent à toutes et à tous les valeurs minimales du respect de toute vie humaine sans discrimination ni condition. Il nous oblige à trouver des solutions vraiment humaines à la souffrance des gens, à aller plus loin dans notre capacité de les accompagner dans leur mourir sans les précipiter volontairement ni même arbitrairement dans la mort.

Une société compatissante doit tout faire pour que la demande de suicide et d'euthanasie soit réduite, soit la plus exceptionnelle possible, en développant des institutions de soins palliatifs, en améliorant les instruments de contrôle de la douleur et d'accompagnement des souffrants et des mourants. Elle ne doit pas se laisser entraîner à introduire, dans les soins de santé et surtout pas par une quelconque intention de plaire politiquement à la majorité, d'introduire dans les soins de santé et les décisions de fin de vie, une entorse à l'interdit de l'homicide qui implique une sorte d'arbitraire face au respect de la vie humaine. Cela entraînerait des conséquences que madame Nootens va expliquer de façon plus détaillée.

**Docteur Suzanne Philips-Nootens, MD, LLB, LLM, faculté de droit, Université de Sherbrooke:** Honorables sénateurs, ce ne sont pas tant les conséquences que je voudrais aborder que certains attrait et mirages de la reconnaissance du droit à la mort. L'ouverture à l'aide au suicide et à l'euthanasie, effectivement, n'est pas sans attrait. Mais si on analyse les

[Translation]

Human life is not a property: it is received, it is shared with others, it is developed through interdependence and reciprocity. The action of assisting suicide or euthanasia whereby one suffering human being is voluntarily plunged into death can of course be explained as a reaction to tragic situations, but it cannot be ethically justified. Nor is dignity a superficial quality consisting of independence and beauty: It is the expression of an entirely particular quality of human beings, of the profound humanity which is in each of us and which transcends the individual subject. The desirable good death is a death in which one is accompanied, one that is experienced in human relations. Neither good will nor compassion nor generous intentions can make good an action which by its very nature is intended to achieve the death of a human being, even an action which is carried out with respect and delicacy, but which is an act of death and unethical.

Human death is not a right nor a good, but rather something inevitable. It is the right to life that is fundamental and universally valid for all human beings. In principle, all human deaths are of equal value, as are lives and persons. The major principles that guide the actions of human beings living in society must be transcribed into normative absolutes. The prohibition against homicide appears to us as a normative absolute. A society which cultivates freedom and respect for persons must maintain it as a firm boundary. This prohibition must everywhere be maintained. If a statute permits physicians to proceed with actions of assistance to suicide or euthanasia, it should logically grant the same authorization to parents, home caregivers, all persons who are in the best position to know of the suffering and needs of those nearest them.

The prohibition and its absolute nature remind us all of the minimum values of respect for human life without discrimination or condition. It requires us to find truly human solutions to people's suffering, to transcend our ability to be with them in their death without voluntarily or arbitrarily pushing them into death.

A sympathetic society must do everything it can to reduce the number of requests for suicide and euthanasia, to the most exceptional cases possible, by developing palliative care institutions, by improving instruments for pain management and providing special care and attendance for suffering and dying patients. It must not allow itself to be led, in health care and especially not through any political intention to please the majority, to introduce in health care and end-of-life decisions an exception to the prohibition against homicide which involves a kind of arbitrary view of respect for human life. That would have consequences which Ms Nootens will explain in more detail.

**Dr. Suzanne Philips-Nootens, MD, LLB, LLM, Faculty of Law, University of Sherbrooke:** Senators, it's not so much the consequences that I would like to discuss as certain attractions and mirages inherent in the recognition of the right to death. An openness to assisted suicide and euthanasia is indeed not without its attractions. However, if one analyzes the arguments a little

## [Text]

arguments de façon un peu plus poussée, est-ce que l'on ne constate pas chacun de ces arguments porte en lui son propre mirage? Et, la définition du dictionnaire est:

... une apparence séduisante et trompeuse qui peut, si nous n'y prenons garde, aboutir en entraînant les effets contraires de ceux que nous recherchons.

Je vous rappelle brièvement un certain nombre d'arguments de façon sommaire, parmi ceux qui sont invoqués le plus souvent.

Tout d'abord, la consécration de la liberté individuelle qui est un argument tiré des chartes. Cet attrait de la liberté et également son mirage (c'est-à-dire le mirage de la décision libre et éclairée) ont déjà été évoqués quand le docteur Jarjoura vous a parlé tout à l'heure de toutes les difficultés qui entourent ces décisions de fin de vie.

C'est vrai que nous avons tous la fascination de la dernière porte de sortie. Dans la mesure où nous ne sommes plus en mesure de la franchir nous-mêmes, il est tout à fait logique de demander l'aide d'autrui. Mais pour quelques personnes qui décideront lucidement de leur fin, combien d'influences indues s'exerceront sur la plupart des malades.

Il faut bien se garder de confondre la subjectivité du malade ou de la personne qui prend une décision pour des raisons qui lui sont propres avec les pressions extérieures qui influencent son jugement. Combien de glissements de la mort véritablement volontaire à la mort si vite acceptée, voire à la mort suggérée, voire même à la perception d'un devoir de mourir? Nous pensons que l'image du candidat idéal à l'aide au suicide ou à l'euthanasie n'est le plus souvent qu'un leurre.

Deuxième argument aussi attrayant, celui de l'égalité devant le droit à la mort. Un des arguments avancés dans la cause de madame Sue Rodriguez était précisément le caractère discriminatoire des dispositions prohibant l'aide au suicide. En effet, disait-on, une personne ayant les moyens physiques et matériels de réaliser son dessein peut mettre fin à ses jours, tandis qu'une personne dépourvue de ses moyens ne le peut pas. Ainsi, si l'on admet la légitimité de l'aide au suicide, cet argument tombe: chacun a un égal accès au moyen de mort.

Mais, n'est-il pas illusoire de penser que l'argument de la discrimination s'arrêtera là? Si une personne souffrante et apte à décider pour elle-même peut requérir de l'aide pour mettre fin à ses jours, pourquoi une personne physiquement incapable de le faire ou mentalement inapte à prendre une décision, serait-elle, selon la malheureuse expression déjà entendue, «condamnée à vivre»? Là aussi il y aurait discrimination. À ce moment-là, le maintien de la prohibition de l'euthanasie ne reposerait sur aucune justification.

Imaginons un instant que madame Rodriguez ait obtenu la permission de la Cour suprême pour requérir de l'aide au suicide mais qu'elle soit devenue entretemps incapable de poser elle-même son geste. Est-ce que l'on peut penser un instant qu'elle n'aurait pas pu obtenir qu'un autre le pose pour elle? Le même raisonnement sera tenu pour les personnes inaptes et même inconscientes et dans ce cas, la souffrance ne pourra même pas tenir lieu de justification. Je mentionne seulement

## [Traduction]

more thoroughly, do we not realize that each of these arguments contains its own mirage? And the dictionary definition is:

... a seductive and deceiving appearance which, if one is not careful, can ultimately have contrary effects to those sought.

I will briefly recall a certain number of arguments in summary fashion among those most often raised.

First of all, the establishment of individual freedom which is an argument drawn from charters. This attraction of freedom and also its mirage, that is to say the mirage of free and enlightened decision-making, have already been evoked when Dr. Jarjoura spoke to you a moment ago about all the difficulties surrounding these end-of-life decisions.

It is true that we are all fascinated with the final exit. To the extent that we are no longer able to pass through it ourselves, it is entirely logical that we ask someone else's assistance. However, for those few persons who will decide lucidly about their death, how much undue influence will be exercised on most patients.

We must be careful not to confuse the subjectivity of the patient or of the person who makes the decision for his own reasons with outside pressures that influence that person's judgment. How many examples are there of the slippery slope from truly voluntary death to quickly accepted death, indeed even suggested death or even the perception of a duty to die? We think that the image of the ideal candidate for assisted suicide or euthanasia is most often an illusion.

A second argument is just as attractive, that of equality before the right to death. One of the arguments advanced in the Sue Rodriguez case was precisely the discriminatory nature of prohibitions against assisted suicide. It was argued that a person with the physical and material means to carry out his plan may commit suicide, whereas a person deprived of his means cannot. Consequently, if one admits the legitimacy of assisted suicide, this argument falls: each person has equal access to the means of death.

However, is it not an illusion to think that the argument of discrimination will stop there? If a person who is suffering and is able to decide for himself can request assistance in order to die, why should a person who is physically unable to do so or mentally incapable of making a decision be, according to the unfortunate expression already heard, "condemned to live"? Here again there would be discrimination. In this instance, maintaining the prohibition against euthanasia would be unjustified.

Let us imagine for a moment that Ms Rodriguez had obtained the Supreme Court's permission to request assisted suicide, but that she had in the meantime become unable to take the action herself. Can we think for a moment that she would not have been able to find someone else to take it for her? The same reasoning would apply for incompetent and even unconscious persons and, in those cases, suffering would not even be considered as justification. I only mention for memory the argument, which is a



[Texte]

pour mémoire l'argument qui est un sophisme selon le continuum de la vie et de la mort en vertu des chartes, le droit à la mort serait inclus dans le droit à la vie.

Au niveau des arguments sociaux, nous avons tout d'abord celui du don de mort par compassion. Mais là encore, est-ce que la compassion pure est, et sera vraiment si répandue? La question a été évoquée longuement tout à l'heure, n'allons-nous pas, au contraire, vers une approche pragmatique et utilitariste des décisions de mort? Et, la question du coût des soins de santé évidemment n'est pas étrangère à cette inquiétude.

Autre argument, celui de l'intervention médicale. Selon toutes les propositions ou lois déjà existantes, l'aide au suicide ou l'euthanasie doit être réservée au médecin. En effet, c'est la personne la mieux placée pour procurer effectivement une mort douce et sans souffrance. Ne parle-t-on pas en Hollande indistinctement des MDEL, à savoir, l'ensemble des décisions médicales concernant la fin de la vie et on ne fait plus de distinction à cet égard. Ne peut-on pas penser que la banalisation de la mort dispensée deviendra vite une solution de facilité qui va modifier profondément l'âme de la médecine et les relations entre médecins et patients.

Un autre slogan attrayant entendu depuis longtemps, est celui de la mort dans la dignité. Cette notion a été associée jusqu'ici au rejet d'intervention inutile, à l'attitude respectueuse qui laisse la place au processus de mort devenu inévitable. Or, la revendication du droit à la mort associe maintenant la mort dans la dignité, à la mort provoquée, à la mort instantanée.

Ne deviendra-t-il donc pas indigne d'être gravement atteint? D'admettre que la maladie suive son cours? D'attendre et d'accepter la mort naturelle? Si tel est le cas, encore une fois, pourquoi la mort digne serait-elle réservée aux seules personnes aptes à décider?

Autre argument et qui sera en fait le dernier, la reconnaissance d'une réalité et la possibilité d'encadrer la pratique. On sait qu'il existe, et qu'il a toujours existé et qu'il existera encore, un certain nombre de cas d'aide au suicide et d'euthanasie active aussi bien dans les milieux de la santé qu'en dehors des milieux de la santé.

Donc l'argument du fait accompli nous amène à dire ceci: reconnaître la réalité, la loi, au lieu de prohiber, va encadrer, et nous allons ainsi limiter les dommages. N'est-ce pas là un autre mirage encore?

Il ne faut pas méconnaître ce qui se fait ailleurs, comme si nous pouvions mieux que d'autres échapper à ces embûches. Je vous rappelle, pour reprendre l'exemple hollandais qui a longuement été débattu et que vous connaissez très bien. Je vous rappelle ses grands principes: le principe, notamment, de cette décision éclairée du malade. Or la plupart des principes énoncés dans la loi à cet égard, sont battus en brèche par la réalité de l'euthanasie pratiquée sans demande du patient et on sait que le nombre de cas pratiqués de cette façon augmente.

Quant à l'argument du contrôle *a posteriori* qui serait exercé sur tous les cas d'euthanasie et d'aide au suicide, puisque le médecin en Hollande doit remplir une formule à cet effet, il

[Translation]

sophism, according to the continuum of life and death pursuant to the charters; the right to death would be included in the right to life.

Among the social arguments, we have first of all the argument of the gift of death out of compassion. But here again is pure compassion, and will pure compassion be, so widespread? The question was raised at length a moment ago: are we not, on the contrary, heading toward a pragmatic and utilitarian approach toward decisions respecting death? And the question of the cost of health care is obviously not unrelated to this concern.

Another argument is the argument regarding medical intervention. According to all the existing proposals and statutes, assisted suicide and euthanasia must be the sole preserve of the physician. The physician is the person in the best position to provide a gentle death without suffering. The Dutch speak indifferently about the MDELs, that is all the end-of-life medical decisions, and no distinction is made any longer in this regard. Can't we imagine that the trivialization of the dispensed death will quickly become an easy solution that will deeply change the soul of medicine and the relations between physicians and patients.

Another attractive slogan that we have long heard is death with dignity. This notion has to date been associated with the rejection of futile treatment, with the respectful attitude which leaves room for the process of death which is now becoming inevitable. However, demands for the right to die now associate death with dignity with induced death, instantaneous death.

Won't it therefore become undignified to be seriously ill? To admit that the illness may take its course? To await and accept natural death? If such is the case, once again, why would a dignified death be reserved solely for persons who are capable of deciding?

Another argument, which will in fact be the last, is the recognition of a reality and the possibility of providing a framework for practice. We know that there are, that there always have been and that there will continue to be a certain number of cases of assisted suicide and active euthanasia in health institutions and outside health institutions.

So the argument of the fait accompli leads us to say this: let us recognize the reality; the law, instead of prohibiting it, is going to provide a framework for it and we will limit the damage in that way. Isn't this yet another mirage?

We must not fail to recognize what is being done elsewhere as though we could avoid these stumbling blocks better than others. To return to the Dutch example which has been debated at length and which you are entirely familiar with, I would remind you of its major principles, in particular the principle of the patient's informed decision. However, most of the principles stated in the statute in this respect are trampled by the reality of euthanasia practised without the patient's request and we know that the number of such cases is increasing.

As to the argument of *a posteriori* control which is allegedly exercised over all cases of euthanasia and assisted suicide, since Dutch physicians must complete a form to this effect, it appears

*[Text]*

appert que moins de 30 p. 100 des cas sont déclarés aux autorités. De plus, il semble que tous les cas d'euthanasie non demandée, donc pratiquée sans demande du patient, ne le soient jamais. Pour quelle raison? Les formulaires, tout simplement, ne prévoient que l'euthanasie sur demande. Ainsi le médecin qui pose un geste d'euthanasie sans la demande du patient, ne remet même pas la légitimité de ce geste en question. Il se dit simplement qu'il n'a pas de formulaire à remplir. Et l'on voit où nous mène l'illusion de ce contrôle.

Comment échapper, et je conclus, au doute qui renaît sans cesse, à propos d'une situation particulièrement pathétique ou d'une réflexion nouvelle? Qui sommes-nous pour juger de la vie et de la mort d'autrui? C'est vrai que la tentation est grande, parfois, de dire oui, entrons la porte, réservons cet issu à des cas particuliers. Et pourtant, nous pensons que, pour répondre à la demande de quelques-uns, notre société entière serait vite confrontée à des abus de tous ordres, au détriment des plus vulnérables de ses membres.

Je vous réfère à nouveau au schéma que j'ai évoqué en introduction, celui qui est à la fin du document. Nous devons nous rendre à l'évidence: chaque fois que nous avons accédé à l'un de ces champs, (j'ai mentionné les deux premiers tout à l'heure) nous l'avons occupé en entier. Quand nous accéderons au champ de la mort donné, nous l'occuperons aussi en entier en suivant sa pente naturelle. Si nous pénétrons dans cette zone, il n'y aura pas de limite parce que les arguments invoqués s'appliqueront à tous. Si c'est la voie que nous voulons prendre, faisons-le au moins en toute lucidité et ne nous leurrions pas.

Pour nous, au contraire, la prohibition de l'aide au suicide et de l'euthanasie doit être maintenue. Et nous faisons nôtre pour l'essentiel, les recommandations émises en 1983, déjà, par la Commission de réforme du droit du Canada et celles-ci vous sont bien connues. En effet, si depuis 10 ans la situation a évolué et l'exemple hollandais nous le montre à cet égard, elle a évolué dans le sens des craintes de dérive qui avaient déjà été exprimées.

Je terminerai, moi aussi, en citant l'honorable juge Jean-Louis Baudouin et madame Danielle Blondeau pour eux:

... l'euthanasie est un abandon, une désertion.

Le refus d'entériner le droit de donner la mort doit s'accompagner, et cela a été souligné à maintes reprises, d'un effort continu d'éducation dans les milieux de la santé, une recherche constante de soins plus efficaces et dispensés de manière plus humaine pour tous nos concitoyens souffrants. C'est là, et seulement là, que réside le véritable progrès.

Nous vous remercions vivement, honorables sénateurs, de votre attention.

**The Chairman:** Before we start the questions, I wonder if I could ask the cooperation of my colleagues, noting the time is almost 5:30, and we have one more witness to hear, who has come here from Timmins.

*[Traduction]*

that fewer than 30 per cent of cases are reported to authorities. Furthermore, it appears that none of the cases of unrequested euthanasia, which therefore occur without the patient's request, are ever reported. Why? The forms quite simply provide only for euthanasia on demand. As a result, physicians who perform euthanasia without the patient's request do not even question the legitimacy. They simply say to themselves that they do not have to fill out a form. And we can see where this illusion of control leads.

How to escape — and I am concluding — the doubt that constantly reoccurs over a particularly pathetic situation or a new thought? Who are we to judge the lives and deaths of others? True, the temptation is sometimes great to say yes, let's open the door, let's reserve this measure for special cases. However, we think that, in order to meet the demand of a few patients, our entire society would quickly be faced with abuses of all kinds to the detriment of its most vulnerable members.

I refer you once again to the diagram which I mentioned in the introduction, the one that appears at the end of the document. We must realize the obvious: each time we have moved into one of these fields (I mentioned the first two a moment ago), we have occupied it entirely. When we move into the field of administered death, we will also occupy entirely following its natural slope. If we enter this zone, there will be no limits because the arguments raised will apply to everyone. If that is the road we want to take, let us at least do it lucidly and let us not deceive ourselves.

In our view, on the contrary, the prohibition against assisted suicide and euthanasia must be maintained, and we adopt the essential aspects of the recommendations issued in 1983 by the Law Reform Commission of Canada and you are quite familiar with those. While the situation has evolved in the past 10 years, and the Dutch example shows us that this has been the case, it has evolved in the direction of the fears already expressed concerning the slippery slope.

I too will close by citing Mr. Justice Jean-Louis Baudouin and Ms. Danielle Blondeau. In their view:

Euthanasia is a form of abandonment, of desertion.

A refusal to ratify the right to administer death must be accompanied, and this has been emphasized on many occasions, by a continuing educational effort in the health community, a constant search for more effective care provided in a more humane manner for all our suffering fellow citizens. It is there and only there that true progress lies.

Thank you very much, senators, for your attention.

**La présidente:** Avant de passer aux questions, j'aimerais demander la collaboration de mes collègues étant donné qu'il est déjà presque 17 h 30 et que nous avons encore un témoin à entendre, qui vient de Timmins.



[Texte]

I wonder if you could put direct questions to the witnesses, as many as you wish, but just questions so that we can elicit as much information as you can.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je vous remercie pour la qualité de votre mémoire, la qualité de l'écriture surtout. Je ne sais pas si votre mémoire avait été remis avant aujourd'hui.

**Mme Philips-Nootens:** Malheureusement, non, sénateur Lavoie-Roux.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ce n'est pas un reproche mais je vais devoir le relire attentivement parce que vous faites appel à beaucoup de notions, je ne sais pas si on les appelle philosophiques ou éthiques qui, je pense, peuvent nous servir éventuellement dans la présentation de notre rapport final.

Il y a juste un point que je voudrais soulever et mes collègues doivent être fort ennuyés de m'entendre en parler. En première partie, vous reprenez l'expression du juge Jean-Louis Baudouin et de Danielle Blondeau:

L'euthanasie est un abandon, une désertion.

Est-ce qu'il n'y a pas dans notre société (n'oubliez pas que je dois faire l'avocat du diable là-dedans) des gens que nous abandonnons et que nous désertons? Je pense toujours et cela reste toujours mon point d'interrogation, par exemple, les gens qui meurent du sida et que la société a abandonnés au point de départ. Trop souvent on les a mis à l'écart de la société. Les hôpitaux l'ont fait, les professionnels de la santé, pas tous, mais un certain nombre l'ont fait. Ils ont même été, et j'en ai été témoin, l'objet de débats à l'intérieur des hôpitaux, il y avait les médecins qui en voulaient et les autres qui n'en voulaient pas. Enfin! je n'entrerai pas dans les détails. Je ne veux pas jeter un blâme général.

Cependant, si l'environnement médical, social, psychologique, et cetera, que sa condition de condamné à mort, d'une certaine façon, nécessite, est adéquat, je pense qu'il peut passer à travers à moins que psychologiquement ce soit un être tout à fait désorganisé. Mais il reste des gens qui jusqu'à ce moment-ci, pour une foule de raisons que vous connaissez sans doute autant que moi, restent à l'écart de cela.

**M. Declos:** J'ai écrit une petite note tout à l'heure à la suite du témoignage de la ministre de la Santé, madame Marleau, et de la question du sénateur Carstairs, qui dit exactement ce que vous dénoncez là: notre société individualiste abandonne l'individu à sa solitude et à sa souffrance et l'entraîne à demander de mourir pour ne pas bouleverser la vie des autres. Il faut donc une réflexion et un choix: ou bien nous investissons davantage dans l'aide et le soutien des souffrants: soins palliatifs, tout ce mouvement que l'on cherche à développer, c'est un choix de société ou bien nous laissons tourner la roue dans le sens de l'individualisme et donc on va tout faire pour se libérer rapidement et efficacement du poids de souffrances que chaque individu fait porter à la société, en favorisant l'aide au suicide et l'euthanasie et en se débarrassant des personnes âgées. Vous avez évoqué cela tantôt, en disant que cela coûte cher.

[Translation]

Je vous demanderais de poser des questions précises aux témoins, toutes celles que vous voudrez, mais seulement des questions, pour que nous puissions obtenir le plus d'informations possibles.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you for the quality of your brief, especially the quality of the writing. I don't know whether your brief was submitted before today.

**Ms Philips-Nootens:** Unfortunately no, Senator Lavoie-Roux.

**Senator Lavoie-Roux:** That's not a reproach, but I will have to reread it carefully because you touch on many ideas — I don't know whether they can be called philosophical or ethical — which I think we may possibly be able to use in presenting our final report.

There is just one point that I would like to raise, and my colleagues must be very irritated at hearing me talk about it. In the first part, you use the expression of Mr. Justice Jean-Louis Baudouin and Danielle Blondeau:

Euthanasia is a form of abandonment, of desertion.

Aren't there people in our society (don't forget that I have to play the devil's advocate here) whom we abandon and desert? I am still thinking — and this is still my question — of, for example, the people who die of AIDS and whom society has abandoned from the outset. They are too often excluded from society. The hospitals have done it, health professionals, not all, but a certain number have done it. They have even been the subject of discussion within hospitals, and I have witnessed this. There were physicians who wanted to accept them and others who did not. Well, I won't go into details. I don't want to assign blame.

However, if the medical, social, psychological and other environment which the patient's terminal condition in a certain way requires is adequate, I believe he can go through it unless he is an entirely disorganized being psychologically. However, there are still people who until now, for a host of reasons which you no doubt know as well as I, remain excluded from that.

**Dr. Declos:** I wrote a brief note a while ago following the testimony of the Minister of Health, Ms Marleau, and the question by Senator Carstairs, which states exactly what you are denouncing here: Our individualistic society abandons the individual to his solitude and suffering and trains him to ask to die so as not to upset the lives of others. What we must do then is think and choose: either we invest more in assistance and support for suffering patients, palliative care — this entire movement which we are trying to develop is a societal choice — or else we allow the trend to swing toward individualism and therefore do all we can to free ourselves quickly and effectively of the weight of suffering which each individual brings to bear on society by favouring assisted suicide and euthanasia and ridding ourselves of the elderly. You mentioned that a moment ago, saying that that was expensive.

## [Text]

C'est cela le choix de société. Éthiquement c'est de cela qu'il est question. Alors, c'est à nous de décider: ou nous entrons dans la mécanique de l'individualisme, c'est une mécanique, ou nous la bloquons et nous disons non, il faut que l'on resserre les rangs et qu'on s'entraide et que l'on se soutienne et que l'on n'écarte personne. Il faut que le sidéen soit pris en charge. Il ne faut pas l'abandonner. Notre société et la profession médicale aussi et tous les milieux vivent un rejet des sidéens qui est difficile à dépasser.

C'est toute une formation, un changement de mentalité qu'il faut créer dans notre fin de siècle super technique. C'est autour de cela, il me semble, que vous pouvez apporter une contribution, par tous les débats que nous engageons avec les membres de votre comité.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je vous remercie. Cela reste pour moi un point d'interrogation important. Je l'ai dit dans des termes peut-être moins choisis? Je me suis toujours posée des questions sur l'argumentation du juge Lamer, à l'effet qu'il y a de la discrimination si quelqu'un peut se suicider et que l'autre ne le peut pas. S'il y a une liberté de se suicider, il n'y a pas un droit de se suicider. Là-dessus je n'ai pas de problème avec votre argumentation générale.

Mais je ne peux pas non plus faire abstraction de situations réelles qui sont extrêmement pénibles et extrêmement difficiles pour les individus.

Ce serait un gros défi pour la société à relever. Je pense qu'il faut essayer de le relever, de dire qu'il n'y a personne qui reste à l'écart de ceci. Tous les efforts sont déployés pour rejoindre tout le monde et peut-être en échapperons-nous quelques-uns mais au moins il faut que tous les efforts soient déployés pour les rejoindre. À moins que nous fassions cela, je pense qu'il y a une partie, ne serait-elle que de un demi de un pour cent, il reste que ce sont des individus que l'on veut respecter. Comment les rejoignons-nous?

**Mme Nootens:** Oui, sénateur Lavoie-Roux. Effectivement, la tentation de la facilité est là. Il serait beaucoup plus facile et moins onéreux matériellement et mentalement pour la société de dire: Donnons-leur le droit de mourir. Cela nous évitera de mettre en place tout ce processus d'accompagnement et de soutien que l'on devrait développer. Et c'est pour cela que l'on dit souvent que l'euthanasie c'est une facilité, c'est un abandon et que c'est exactement cela que cela illustre. Nous nous donnerons bonne conscience en disant qu'ils ont le droit de mourir et nous aurons ainsi un alibi pour ne pas mettre en place tout ces mécaniques de soutien.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Avec les ressources existantes actuelles, dans quelles mesures rejoignons-nous (vous êtes du Québec; on va parler du Québec, d'ailleurs le reste du Canada aime cela nous entende parler du Québec) dans quelles mesures rejoignons-nous, l'ensemble des personnes mourantes ou en phase terminale par les soins palliatifs? Est-ce que l'on rejoint la majorité de ces personnes-là, à l'heure actuelle, avec les ressources que nous avons?

## [Traduction]

That is society's choice. In ethical terms, that is the issue. So it is up to us to decide: either we switch on the mechanism of individualism — it is a mechanism — or we stop it and we say: No, we have to close ranks and help each other and support each other and exclude no one. AIDS patients must be taken care of. They must not be abandoned. Our society and the medical profession as well and all circles are experiencing a rejection of AIDS patients which is hard to overcome.

There must be a reeducation, a change in mentality at the end of this hyper-technological century. It seems to me that you can make a contribution in this respect through all the debates in which you engage with the members of your committee.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you. This is still an important question for me. Perhaps I said so in less carefully chosen words. I have always wondered about Mr. Justice Lamer's argument that there was discrimination if someone could commit suicide and another could not. If there is a freedom to commit suicide, there is no right to commit suicide. I have no problem with your general argument on that point.

However, I cannot disregard actual situations which are extremely painful and extremely difficult for individuals.

This would be a major challenge for society to take up. I believe we must try to take it up, to say that no one will be excluded from this. All efforts are made to reach everyone and perhaps we will miss a few, but at least all possible efforts will have been made to reach them. Unless we do that, I believe there will be a portion, if only one and a half per cent ... These are nevertheless individuals that we want to respect. How do we reach them?

**Dr. Nootens:** Yes, Senator Lavoie-Roux. The temptation of the easy solution is indeed there. It would be much easier and less burdensome materially and mentally for society to say: give them the right to die. That will spare us introducing a whole process of attendance and support that we would have to develop. And that is why we often say that euthanasia is an easy solution; it is a form of abandonment and that is exactly what this illustrates. We will clear our conscience by saying that they have the right to die and we will thus have an alibi for not introducing all these support mechanisms.

**Senator Lavoie-Roux:** With currently existing resources — you are from Quebec; we are going to talk about Quebec; the rest of Canada likes to hear us talk about Quebec — to what extent do we reach all dying or terminal patients through palliative care? Are we currently reaching the majority of these people with the resources we have?



[Texte]

**Mme Lesage-Jarjoura:** Je pense que d'autres collègues avant moi en ont parlé beaucoup, si je me réfère au docteur Mount ou au docteur Boisvert, et cetera.

Il est certain que le Québec est bien doté en soins palliatifs si on le compare au reste du Canada. Je pense que je ne m'abuserai pas en disant que (j'oublie la statistique exacte), nous avons beaucoup d'unités. Il en manque certainement et je pense que vous réferez peut-être à mon collègue qui a fait une tournée du Québec et là-dessus, peut-être, s'il peut vous donner des informations.

Comme le sénateur le remarquait tout à l'heure, il y a quand même quelques individus qui ont une certaine information privilégiée au niveau du Québec, entre autres.

Le docteur Brizard, mon collègue, me disait justement qu'il en manque et il en manquera probablement toujours. Il faut bien se rendre compte que nous avons eu et que nous aurons probablement toujours un système de santé qui misera davantage dans le curatif que dans les soins que l'on pourra appeler palliatifs.

Je pense que la plupart des systèmes du monde sont à cet effet-là. Probablement aussi, comme le mentionnait madame la ministre, ce n'est certainement pas uniquement par des fonds publics qu'il faut espérer avoir une ouverture mais bien sûr par toute ces fondations et ces fonds privés. Comme vous le savez, l'Angleterre fonctionne en grande partie en soins palliatifs sur des fonds privés via ces fondations.

Donc je pense qu'au Québec, je ne saurais pas préciser exactement la valeur, mais il en manque, pour ne prendre que ma région, entre autres. Ce n'est pas dans tous les hôpitaux où vous aurez une équipe de soins spécialisés. Même sans parler d'unité ou de grands complexes, parce que l'on n'est plus à l'heure des grand complexes, on n'a plus les ressources ou les moyens probablement pour des grands complexes développés. Mais même des équipes de soins spécialisés, il n'y en a pas dans tous les hôpitaux, loin de là, et dans les grandes villes. Et je ne parle pas du domaine des campagnes.

Il faudrait non pas se leurrer, les campagnes sont parfois mieux équipées que nous. On sait que le tissu social des campagnes est parfois mieux développé que le tissu social des grandes villes. Et l'entraide, parce que les soins palliatifs, ce ne sont pas uniquement des soins très développés et spécialisés; il y a une partie de cela, mais il y a également aussi toute la partie, comme vous connaissez, de travail social, de bénévoles et d'autres, et dans plusieurs petites villes, ceux-ci parfois sont mieux développés que dans certaines grandes villes.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie, madame la présidente. Je n'ai vraiment pas de questions à vous poser. Il ne me reste qu'à digérer et bien digérer vos propos. Je n'avais pas votre texte à l'avance donc je vais le lire avec beaucoup d'attention dans les jours qui suivent. On va nous donner un répit parlementaire. Ce sera un excellent exercice à faire pendant les Fêtes, même si le sujet ne se présente pas dans l'esprit de Noël mais plutôt de celui de Pâques! Mais enfin, ce sont des choses que l'on doit faire.

[Translation]

**Dr. Lesage-Jarjoura:** I believe that other colleagues have spoken of that before me. If I refer to Dr. Mount or Dr. Boisvert and so on.

Quebec certainly is well equipped for palliative care if we compare it to the rest of Canada. I don't think I am wrong in saying that — I forget the exact statistic — we have many units. We are lacking some of course, and I believe you are referring perhaps to my colleague who toured Quebec and he may perhaps be able to give you some information.

As the senator remarked a moment ago, there are nevertheless some individuals who have privileged information respecting Quebec, among others.

My colleague Dr. Brizard was telling me specifically that we are lacking some and we will probably always lack some. We must realize that we have had and probably always will have a health system that will focus more on curative care than what we may call palliative care.

I believe that most of the systems in the world are like that. It is also likely, as the minister mentioned, it is certainly not solely through public funds that we should hope to fund an opening, but of course through all these foundations and private funds. As you know, England's palliative care operates in large part on private funds through these foundations.

So I think that, in Quebec, I couldn't say the exact value, but we are lacking some, to take only my region, among others. You won't have a specialized care team in all hospitals. Even without talking about units or large complexes, because the time of the large complexes has passed, we no longer have the resources or probably the means for major complexes developed. However, there aren't even specialized care teams in all the hospitals, far from it, or in the major cities. And I'm not talking about rural areas.

Then again, we should not delude ourselves; perhaps some of the rural areas are better equipped than we are. We know that the social fabric in the rural areas is at times better developed than the social fabric in large cities. And mutual assistance, because palliative care — there isn't just highly developed care and specializations; there is some, but there is also an entirely different part, as you know, social work, volunteers and others, and in a number of small towns, these services are sometimes better developed than in certain major cities.

**Senator Corbin:** Thank you, Madam Chairman. I don't really have any questions to ask you. I still have to digest your remarks and digest them well. I did not have your brief in advance, so I am going to read it with a great deal of attention in the next few days. We are going to be given a parliamentary break. This will be an excellent thing to do during the holidays, even if the subject is not part of the Christmas spirit, but rather that of Easter! But these are nevertheless things we must do.

## [Text]

Il y a un propos qui a retenu mon attention. Vous dites à la page 24, qu'une société compatissante doit tout faire pour que la demande de suicide et l'euthanasie soit réduite, soit la plus exceptionnelle possible en développant des institutions de soins palliatifs, et cetera. Que fait-on dans les cas où il y a une demande exceptionnelle? Quand la société ne peut vraiment pas répondre, qu'est-ce que l'on fait à ce moment-là?

On accepte au départ que la souffrance ne peut pas être atténuée à 100 p. 100. Donc il y a de ces cas vraiment criants. Il y a de ces agonies terribles où l'on supplie que cesse la tourmente? Que fait-on?

**M. Declos:** Probablement que vous l'avez entendu plusieurs fois à votre comité. Ce ne sont pas les exceptions qui doivent être la cause de l'introduction de changements législatifs. Dans toutes situations ou dans une famille ou dans une institution comme une université, il y a des règlements qui gèrent la vie quotidienne, puis parfois il y a des situations exceptionnelles. On ne change pas les règlements à cause des situations exceptionnelles. On va essayer de faire en sorte, j'imagine que dans la décision clinique également on a la même situation. On essaie de faire en sorte, à la limite, de faire le moins de mal possible. On arrive dans le principe du moindre mal. On ne transcrit pas ce moindre mal là en principe maintenant qui va guider nos vies. C'est le sens de notre recommandation: l'interdit va demeurer.

De vouloir transgresser l'interdit, cela suppose que nous avons d'énormes motivations, de grandes raisons. Parce que l'interdit est toujours une frontière extrêmement rigide qui nous dit de ne pas dépasser. Si je dépasse, c'est que je n'avais quasiment pas d'autres choix. Alors là, c'est légitime d'une certaine façon dans le domaine de la décision très concrète pour chaque personne souffrante.

Il faut être capable de cette souplesse. On n'a pas à refaire les lois à cause de cela. Mais le sens de cette affirmation c'est pour que nous fassions en sorte que les conditions minimisent les inconvénients et que l'accompagnement des gens en soins palliatifs et que le soulagement de la douleur soient bons. Faisons en sorte que les gens ne réclament pas, qu'on ne les abandonne pas, qu'on ne réclame pas qu'on les aide à mourir. Mais s'il y a encore des cas limites, ne changeons pas les lois pour cela quand même.

C'est cela l'inconfort, probablement la conclusion à laquelle vous aller arriver, j'imagine, à moins que vous ne disiez que l'on change de société et on s'autorise à l'avenir d'entrer dans la troisième section, la mort donnée, allons-y gaiement parce que l'on est un pays ouvert, libre démocratique, et cetera. Je ne crois pas que ce soit au service d'un progrès de l'humanité si on faisait cela.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie.

**Mme Lesage-Jarjoura:** Si je peux me permettre une remarque. Il y a certainement des cas limites et on en a vus. Ceux qui travaillent en clinique le voient. Je crois que la réponse est de traiter comme des cas limites, des cas exceptionnels. À chaque symptôme, à chaque douleur on ne parle pas que de la douleur, et je suis d'accord avec le sénateur Carstairs qui disait que ce n'est

## [Traduction]

There was one remark that drew my attention. You say on page 24 that a sympathetic society must do everything it can to ensure that the demand for suicide and euthanasia is reduced or, as far as possible made in exceptional cases by developing palliative care institutions and so on. What should be done in cases where there is an exceptional demand? When society cannot really respond, what should be done then?

We agree from the outset that suffering cannot be reduced 100 per cent. So there are obvious cases. There are cases of terrible agony in which the patient begs for the torment to stop? What should be done?

**Dr. Declos:** You have probably heard it a number of times on your committee. Exceptions should not cause the introduction of legislative changes. In all situations or in a family or in an institution such as a university, there are regulations that manage daily life, and there are sometimes exceptional situations. The rules are not changed because of exceptional situations. Attempts will be made to ... I imagine the same situation occurs in clinical decisions. An attempt is made ultimately to do the least harm possible. One adopts the principle of the lesser evil. This lesser evil should not now be turned into a principle that will guide our lives. That is the gist of our recommendation: the prohibition must remain.

Wanting to violate the prohibition presupposes that we have enormous motivations, major reasons because the prohibition is always an extremely rigid boundary which tells us not to exceed it. If I exceed it, it is because I had virtually no other choice. That is legitimate in a certain way in that instance with respect to the particular decision for each suffering person.

You have to be capable of this flexibility. We don't need to remake the laws because of that, but the meaning of the statement is so that we will act so that the conditions minimize the disadvantages and that the special care and attendance of people in palliative care and pain management are good. Let's do what it takes so that people do not demand, so that they are not abandoned, so that they do not demand to be assisted in dying. However, if there are still marginal cases, let us not change the laws for that.

Discomfort: that's it, probably the conclusion you wanted to reach, I imagine, unless you say that we should change society and permit ourselves in future to go into the third section, administering death: let's go freely because we are an open country, free and democratic, and so on. I don't believe that it would aid in the progress of humanity if we did that.

**Senator Corbin:** Thank you.

**Dr. Lesage-Jarjoura:** If I could make a remark. There are certain special cases and we have seen some. Those who work in clinics see them. I believe that the answer is to treat them as special cases, as exceptional cases. For each symptom, each pain, we do not talk only about the pain, and I agree with Senator Carstairs who said that it is not necessarily the symptom that is



*[Texte]*

pas nécessairement celui-ci qui est toujours le plus important. Il y a des symptômes pires que la douleur: la dyspnée, entre autres, une difficulté respiratoire. Il y a un travail à faire; si c'est l'anxiété, il y a des choses à faire pour ceci.

Je veux dire, il y a un patient qui ne pourra pas faire face à ce qui s'en vient pour une raison d'anxiété trop grande, vraisemblablement pour être mis au repos au point de vue anxiété par des anxiolytiques et par d'autres choses.

Pour la douleur extrême, on recourt de plus à la sédation, sédation pour les symptômes réfractaires. Ceci est de plus en plus connu dans la littérature. Entre autre, je dois souligner le travail excellent de toute l'équipe du Sloan Kettering de New York qui comme vous le savez, une expérience extraordinaire dans le domaine puisque c'est un centre de cancer, pas uniquement de cancer en phase terminale mais ils ont une bonne partie de leurs malades qui sont en phase terminale. C'est également une équipe qui fait énormément de recherche sur le sujet et ils ont énormément publié sur cette question.

Jusqu'à quel point peut-on jeter les armes et dire que l'on a vraiment tout fait pour un malade et que la seule solution qui nous reste est de le précipiter dans la mort? Je ne sais pas. Devant tous les grands malades que j'ai eus (je ne vois que des malades en phase avancée de cancer), je me dis: est-ce que vraiment j'ai tout essayé? Est-ce que vraiment j'ai apporté le soutien? Est-ce que vraiment j'ai trouvé la bonne médication? Comme vous le savez on cherche encore dans le domaine du traitement, peu importe le symptôme dont on parle, pas uniquement de la douleur et l'on n'a pas encore trouvé toutes les réponses dans ce domaine.

Je me dis que l'intention c'est de soulager les gens et parfois malheureusement, la seule solution c'est de les mettre au repos en sédation prolongée.

Pour la douleur psychologique, je dirais que c'est parfois plus difficile. Encore là, a-t-on traité la dépression jusqu'au bout? A-t-on soutenu le malade jusqu'au bout? On sait très bien que c'est mal fait, qu'il y a très peu de gens que l'on traite avec des antidépresseurs. Même les médecins ne savent pas toujours reconnaître l'état de leurs patients. Il y a encore, je dirais, dans ce domaine, beaucoup de travail à faire. Et alors, quand l'on aura fait tout ce chemin, il restera peut-être encore quelques cas d'exceptions. Et je crois que c'est à la pièce, ou cas par cas comme on le fait également en droit que l'on devra solutionner ces problèmes.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie pour ces commentaires. Vous avez mentionné tout à l'heure le commentaire du juge Lamer dans le cas de la question que vous connaissez bien.

Plusieurs témoins ont également souligné la contribution au débat des voix dissidentes. Mais je viens encore d'entendre un témoin devant ce comité qui exprime un accord avec le fondement de la majorité des juges.

Vous avez lu la décision de la Cour suprême? Êtes-vous d'accord avec les propos des cinq juges, pas de la minorité mais

*[Translation]*

always the most important. There are symptoms worse than pain: dyspnea, among others, difficulty in breathing. There is work to be done; if it's anxiety, there are things to be done for that.

I mean there is a patient who cannot face what is coming because he is too anxious; he can likely be relieved of his anxiety through anxiolytics and other things.

For extreme pain, we also use sedation, sedation for intractable symptoms. This is increasingly known in the literature. Among other things, I must emphasize the excellent work of the entire team at Sloan Kettering in New York which, as you know, has extraordinary experience in the field since it is a cancer centre, not just terminal cancer, but many of their patients are in the terminal phase. It's also a team which conducts an enormous amount of research on the subject and they have also published an enormous amount on this question.

To what extent should we give in and say we have really done everything for a patient and the one remaining solution for us is to induce his death? I don't know. For all the very ill patients I have had (I only see patients in the advanced stages of cancer), I ask myself: Have I really tried everything? Have I really provided support? Have I really found the right medication? As you know, research is still being done on treatment, regardless of symptoms, not only into pain, and we have not yet found all the answers in this field.

I say to myself that my intention is to give people relief and, unfortunately, sometimes the only solution is to make them rest through extended sedation.

For psychological pain, I would say that this is sometimes more difficult. Here again, have we thoroughly treated the depression? Did we support the patient right up to the end? We know very well that it's unfortunate, that there are very few people whom we treat with anti-depressants. Even the physicians cannot always recognize the condition of their patients. I would say there is still a great deal of work to be done in this area. And when we have done it all, there will still perhaps be a few exceptional cases. And I believe that we should solve these problems on a case-by-case basis, as is also done in law.

**Senator Corbin:** Thank you for those comments. A moment ago you mentioned Mr. Justice Lamer's comment in the case of the question which you are familiar with.

A number of witnesses also emphasized the dissenting judges' contribution to the debate. However, I have just heard another witness before this committee who expressed agreement with the basic argument of the majority of the judges.

You read the Supreme Court decision? Did you agree with the remarks of the five judges, not the minority, but the majority? Do

[Text]

de la majorité, êtes-vous d'accord avec leurs propos? Est-ce que leurs considérations vous semblent être un fondement pour continuer à interdire l'aide au suicide?

**Mme Nootens:** C'est une question difficile parce que vous savez que dans ces grandes décisions-là chacun des juges exprime sa propre opinion. Il devient difficile de dégager une opinion. C'était l'argument de la pente glissante, essentiellement, si je me souviens bien, parce que je l'ai lu, il y a un certain temps. Cet argument-là qui amenait la majorité à conclure qu'il ne fallait pas changer la loi sur ce sujet-là. C'est un argument qui est très réel et je pense que l'expérience qui est déjà faite ailleurs nous démontre que c'est un argument qui n'est pas sans fondement.

Je ne sais pas si vous avez autre chose de précis en tête?

**Le sénateur Corbin:** Je croyais que les juges avaient abondé dans le même sens?

**Mme Nootens:** Du caractère sacré de la vie également.

**Le sénateur Corbin:** Du caractère sacré, c'est le point de départ.

**Mme Nootens:** Oui, sénateur Corbin.

**Le sénateur Corbin:** S'il n'y a pas cela au départ, y a-t-il autre chose? C'est quoi le ciment qui lie la société ensemble? C'est quoi la valeur première qui fait que l'on a une société qui puisse opérer, oeuvrer et bien se développer, si ce n'est pas ce facteur-là au départ? Est-ce qu'il y en a d'autres? En connaissez-vous d'autres?

**M. Declos:** C'est certainement un fondement. Il me semble qu'on le dit un peu dans notre texte. Le respect de la vie humaine est comme au fondement de l'éthique et le respect de toute vie humaine, mais pas de façon inconsidérée.

J'imagine que, dans le cas de l'avortement, de la cessation de traitements, on a eu des hésitations. On en a maintenant autour de l'aide au suicide et de l'euthanasie. On se demande si la vie humaine vaut toujours la peine d'être vécue? Est-ce qu'il faut toujours la respecter? Et à la limite, on est comme conduit à faire un choix qui ne dépendrait pas d'une équation biologique, mathématique, scientifique. C'est un choix qui va être quasiment de l'ordre de la décision disons, «généreuse, volontaire» de respecter tout signe d'humanité qui est dans l'être qui est là, même le grabataire, l'état végétatif chronique, la personne qui n'est pas vraiment utile à la société dans nos catégories modernes, l'handicapé mental, toute vie humaine, objet de respect. Cela nous apparaît fondamental et c'est ce qui guide nos rapports humains et qui fait que madame Marleau rappelait une histoire de famille tantôt. On en a tout le monde. On connaît des gens que l'on aime et respecte et dont la souffrance et dont la finitude est une interpellation pour chacun de nous à développer ce qu'il y a de meilleur en nous. Au fond, la souffrance humaine et la mort humaine sont aussi le point de départ peut-être d'une expérience très riche au plan humain.

Cela m'apparaît fondamental. Le jugement dans la cause de Sue Rodriguez ne me pose pas question à ce niveau-là. C'est beaucoup plus au niveau des juges minoritaires qu'il y aurait là des questions à approfondir. Je pense que vous avez déjà

[Traduction]

you agree with their remarks? Did you find their considerations formed a basis for continuing to prohibit assisted suicide?

**Dr. Nootens:** That is a difficult question because you know that, in these major decisions, each of the judges expresses his own opinion. It becomes hard to form an opinion. That was essentially the argument of the slippery slope, if I remember correctly, because I read it some time ago. That argument, which led the majority to conclude that the law should not be changed on this subject, is an argument which is quite real and I think that experience elsewhere shows us that it is an argument that is not without foundation.

I don't know whether you have anything else specific in mind?

**Senator Corbin:** I thought the judges were in agreement?

**Dr. Nootens:** On the sanctity of life as well.

**Senator Corbin:** On the sanctity of life; that was the departure point.

**Dr. Nootens:** Yes, Senator Corbin.

**Senator Corbin:** If there wasn't that at the outset, was there something else? What is the mortar that binds society together? What is the prime value as a result of which we have a society that can operate, work and develop if it is not this factor at the outset? Are there others? Do you know of any others?

**Dr. Declos:** It's certainly a basis. It seems to me that we say it somewhat in our brief. Respect for human life forms the basis of ethics and respect for all human life, though not in an unconsidered way.

I imagine that there were hesitations in the case of abortion or of the cessation of treatment. There are some now about assisted suicide and euthanasia. We wonder whether human life is always worth living? Must it always be respected? And we are ultimately led to make a choice that does not appear to depend on a biological, mathematical or scientific equation. It is a choice that will be virtually a kind of generous or voluntary decision to respect every sign of humanity in the human being before us, even the bed-ridden person, the patient in a chronic vegetative state, the person who, according to our modern categories, is not really useful to society, the mentally handicapped. Every human life must be a subject of respect. We think this is fundamental and this is what guides our human relations and why Ms Marleau recalled a family story a moment ago. Everyone has them. We all know people whom we love and respect and whose suffering and whose finitude is a call for each of us to develop the best in us. Ultimately, human suffering and human death are also perhaps the departure point of a very rich human experience.

That seems to me fundamental. The judgment in the Sue Rodriguez case raises no questions for me in that respect. It was much more with respect to the minority judges that there might be questions to look into. I believe you already discussed them at



[Texte]

amplement discuté dans ce comité. Je ne crois pas que l'on y contribue beaucoup par nos quelques considérations.

**Le sénateur Corbin:** Au contraire, je crois que vos propos sont très utiles.

**Mme Nootens:** Juste pour compléter aussi, il faut faire attention aussi au contexte dans lequel l'on parle du caractère sacré de la vie. C'est peut-être pour cela que ce n'est pas le premier qui m'est venu à l'esprit parce que le caractère sacré de la vie, aujourd'hui, ne nous empêche pas de reconnaître que le temps de la mort est venu. Il ne faut pas oublier que cet argument a été employé aussi à une certaine période pour consacrer l'acharnement thérapeutique. Alors, il faut le prendre avec beaucoup de nuances et le placer dans le contexte aussi de la cessation de traitement. Le caractère sacré de la vie, c'est aussi reconnaître que l'heure de la mort est venue.

**Le sénateur Corbin:** Là-dessus, il n'y a pas de problème dans le comité.

**Senator Carstairs:** You have talked about euthanasia as being an easy solution. There is no question that palliation is under-utilized and under-developed in our society and that we must move in that direction. My question is simple: Why can we not have both? Why can we not have good palliative care for those who want good palliative care and those who should have good palliative care? Why can we not have euthanasia and assisted suicide for what I think would be a very small minority who would choose to exercise it?

**Mme Nootens:** Parce que l'expérience et la réflexion montrent que nous n'arriverons pas à encadrer, à moins que nous soyons beaucoup plus rigoureux et que nous ayons un sens des valeurs beaucoup plus poussé que d'autres pays, nous n'arriverons probablement pas à encadrer l'aide au suicide et l'euthanasie comme nous voulons l'encadrer.

Et il est toujours tentant de dire «oui» dans des cas particuliers. On a envie de dire «oui». Mais les répercussions et le danger d'extention est là et ce danger, à notre sens, est indéniable.

Et si l'on ouvre la porte encore une fois à ces solutions, pourquoi nous arrêter en bonne voie; pourquoi nous arrêter à l'euthanasie sur demande; pourquoi nous arrêter à la mort dans la dignité uniquement pour ceux qui peuvent l'exprimer? Il n'y a pas de raison. On l'invoquera comme l'on a fait pour la cessation de traitement, ce qui nous a amené à remplir tout le champs de la cessation de traitement, c'est précisément cette argument d'égalité et de justice et de non discrimination.

La cessation de traitement a été reconnue au début pour des patients aptes seulement. C'était le refus de traitement. On l'a étendu au patient inapte; on l'a étendu à la cessation de l'alimentation aussi bien pour les patients aptes que pour les patients inaptes. Et je ne nous fais peut-être pas confiance comme société pour ouvrir seulement partiellement la porte à l'aide au suicide et à l'euthanasie.

**M. Declos:** Si je peux ajouter quelque chose. Si je réponds directement à votre question, pourquoi ne pas donner le choix? Il m'apparaît qu'il faut faire une nuance. Le choix des soins

[Translation]

length in this committee. I don't believe we are making much of a contribution to them through our few considerations.

**Senator Corbin:** On the contrary, I believe your remarks are very useful.

**Dr. Nootens:** Just to finish as well, you must also pay attention to the context in which you talk about the sanctity of life. It is perhaps for that reason that this was not the first thing that came into my mind because the sanctity of life today does not prevent us from recognizing that the time of death has come. It must not be forgotten that this argument was also used at one time in favour of aggressive therapy. So it must be accepted with circumspection and also placed in the context of the cessation of treatment. Respecting the sanctity of life also means recognizing the time when death comes.

**Senator Corbin:** The committee would agree on that.

**Le sénateur Carstairs:** Vous avez dit que l'euthanasie est une solution de facilité. Il est certain que les soins palliatifs ne sont pas assez utilisés, ni développés dans notre société, et que nous devons les améliorer. Mais pourquoi ne pourrions-nous pas avoir les deux, c'est-à-dire de bons soins palliatifs pour ceux qui en veulent et qui en ont besoin, et l'euthanasie et le suicide assisté, pour l'infime minorité qui, selon moi, choisira cette option?

**Dr. Nootens:** Because experience and reflection show that we will not be able to keep it within a framework. Unless we are much stricter and have a much greater sense of values than other countries, we will probably not be able to keep assisted suicide and euthanasia within a framework as we want.

And it is always tempting to say "yes" in special cases. We want to say "yes", but the repercussions and danger of that case being extended is there and, in our view, that danger is undeniable.

And if we open the door once again to these solutions, why should we stop once under way? Why should we stop at euthanasia on demand? Why should we stop at death with dignity only for those who can request it? There is no reason. It will be invoked as has been done for the cessation of treatment. What has led us to fill the entire cessation of treatment field is precisely this argument of equality and justice and non-discrimination.

The cessation of treatment was originally recognized for competent patients only. It was a withholding of treatment. It was extended to incompetent patients; it was extended to the cessation of treatment both for competent patients and for incompetent patients. And I may not trust us as a society to open the door only partially to assisted suicide and euthanasia.

**Dr. Declos:** If I could add something. If I answer your question directly: Why not offer the choice? It seems to me that a distinction must be drawn. The choice of palliative care is a

[Text]

palliatifs, c'est un choix de société bien sûr, mais c'est un choix que je pourrais avoir comme individu de recourir à un système qui m'aiderait à bien mourir. Mais le choix de donner à quelqu'un le droit d'être aidé dans le suicide et d'être euthanasié, c'est un choix de société clairement, beaucoup plus radicalement. Et je ferais un petit plus la nuance entre le choix plus personnel et le choix de société.

C'est ainsi que nous avons restreint la problématique dans notre mémoire. Nous avons compris qu'à la limite, ce qui se passe dans votre comité, peu importe que l'on ait au pays les meilleurs soins disponibles au plan de la palliation et de l'analgesie, quelqu'un qui va demander de recevoir de l'aide pour entrer dans la mort, allons-nous, oui ou non, l'aider dans cela? Cela c'est un choix de société. Et qui entraîne, ce que dit madame Nootens, une nouvelle façon de gérer nos relations en société et de gérer la santé également, et de gérer aussi les coûts de la santé. Tout s'ensuit.

**Le sénateur Beaudoin:** J'aurais juste une petite question qui a piqué ma curiosité. Dans l'affaire Rodriguez, je pense que l'argument des cinq juges majoritaires est basé d'abord et avant tout sur le principe de la vie. Et l'argument des quatre juges minoritaires est basé sur la non discrimination envers les handicapés. C'est l'impression très nette que j'ai après avoir lu le jugement.

Autrement dit, on a dit ceci pour la minorité: si une personne capable peut se suicider, pourquoi une personne incapable ne pourrait pas demander l'aide pour se suicider? C'est cela le raisonnement. Et c'est au nom de la discrimination. Maintenant, le juge Sopinka au nom de la majorité, lui dit, «non». C'est le principe de la sacralité de la vie ou le respect de la vie ou enfin d'autres mots analogues, qui doit guider notre choix. Mais la grande difficulté pour l'assistance au suicide, c'est que l'on en fait toujours une question de droits individuels et à ce moment-là, il n'y a pas beaucoup de témoins qui nous ont dit que c'était un droit que de mettre fin à sa vie. C'est une possibilité, c'est une faculté. Il n'y a pas de sanction si on le fait. Surtout que la personne disparaît, alors cela règle le problème. Mais la personne qui l'aide continue à vivre. Et c'est à ce moment-là un choix de société.

Mais vous avez dit aussi que, il n'y a pas tellement longtemps, on était en faveur de l'acharnement thérapeutique et maintenant, Dieu merci, on n'est pas pour l'acharnement thérapeutique. Cela n'a pas de sens d'une certaine façon. Il y a tout de même une différence entre mourir parce que l'on n'utilise pas des choses artificielles et mourir parce que l'on prend un médicament qui nous fait mourir. Il y a tout de même une différence entre les deux. Je ne sais pas ce que vous en pensez sur le plan médical ou légal, mais je vois tout de même une différence.

**Mme Nootens:** L'acharnement thérapeutique n'a jamais été un choix conscient de société; c'est un fait que l'on a constaté dans les hôpitaux avec l'usage des moyens de réanimation.

À partir du moment où l'on a été conscient de ce fait-là et où l'on a dit que l'on n'est pas obligé de maintenir les gens en vie le plus longtemps possible et avec tous les mécanismes de la technologie, et cetera, on a donc reconnu la cessation de

[Traduction]

social choice of course, but it is a choice that I could make as an individual to resort to assistance that would help me to die well. However, the choice to give someone the right to be assisted in suicide and euthanasia is clearly much more radically a social choice, and I would draw a little bit more of a distinction between the more personal choice and the social choice.

This was how we delimited the issue in our brief. We understood that what ultimately happens in your committee, regardless of whether we have in the country the best available palliative and analgesic care, someone who is going to request assistance in dying, are we going to help him in that respect? That is a social choice, which, as Ms Nootens said, gives rise to a new method of managing our relations in society and of managing health as well, and also of managing health costs. Everything follows.

**Senator Beaudoin:** I would just have a brief question that piqued my curiosity. In the Rodriguez case, I thought that the argument of the five majority judges was based first and foremost on the principle of life and that the argument of the four minority judges was based on non-discrimination against disabled persons. That is the very distinct impression that I had after reading the judgment.

In other words, the following was said for the majority: If a competent person is able to commit suicide, why could an incompetent person not request assistance in committing suicide? That was the reason, and it was a matter of discrimination. Now Mr. Justice Sopinka for the majority said "no". It is the principle of the sanctity of life or respect for life or other similar words that must guide our decision. However, the great difficulty respecting assisted suicide is that it is always being made into an individual rights issue and consequently not many witnesses have told us that the person had a right to end his life. It's a possibility; it's an option. There is no penalty if one does it, especially since the person disappears; that settles the matter. However, the person who assists continues to live and the choice then is a choice by society.

However, you also said that, not so long ago, we were in favour of aggressive therapy and now, thank God, we are not in favour of aggressive therapy. It made no sense in a way. There is nevertheless a difference between dying because you don't employ artificial means and dying because one takes a drug that kills. There is nevertheless a difference between the two. I don't know what you think about it in legal or medical terms, but I nevertheless see a difference.

**Dr. Nootens:** Aggressive therapy was never a conscious social choice; it was a fact that was observed in the hospitals with the use of resuscitation techniques.

From the moment we were aware of that fact and said that we were not obliged to keep people alive as long as possible with all the technical means and so on, we then recognized the cessation of treatment. From the moment we push back the machines, what



[Texte]

traitement. Qu'est-ce que qui nous empêche, à partir du moment où l'on écarte les machines, d'accepter la mort comme nos parents et nos grands-parents le faisaient? À partir du moment où l'on a mis de côté la technologie, les gens sont morts de tout temps et dans le temps la mort était effectivement une valeur sociale. On mourait entouré de sa famille. C'était un moment important dans la vie de famille.

À partir du moment où l'on a écarté l'artifice de la technologie, qu'est-ce que qui fait que l'on a tant de difficultés à accepter la mort et que l'on voudrait la hâter? On voudrait que ça passe le plus vite possible? Est-ce que ce n'est pas une question de valeur ou de mentalité de société? Tout doit aller vite y compris cela, parce que cela nous dérange.

**Le sénateur Beaudoin:** C'est une question de philosophie, je pense, de choix sociétal. Je ne dis pas que je suis pour ou contre. Je m'interroge.

**Mme Nootens:** Certainement, c'est une question de philosophie et de vision des valeurs dans la société; il n'y a pas de doute là-dessus. Alors, est-ce que nous en sommes à privilégier la mort rapide comme une valeur sociale importante au mépris du caractère «sacré» de la vie en lui enlevant sa connotation religieuse? Je ne sais pas si j'ai très bien compris votre question, parce que vous demandiez si il y avait une différence entre cela et le faite de prendre des médicaments.

**Le sénateur Beaudoin:** Bien, il y en a une, j'en vois une.

**Mme Nootens:** Certainement, il y en a une indéniable?

**Le sénateur Beaudoin:** Il y en a une qui est indéniable. Maintenant, à la fin, on arrive toujours à la même conclusion, à savoir si oui ou non, une société peut accepter une telle chose. C'est cela le fond de l'histoire.

**Mme Nootens:** Exactement.

**M. Declos:** Le fait d'accepter de donner la mort, que l'on se donne la mort mutuellement dans un système de soins de santé. C'est cela la question de fond: pas que l'on accepte la mort, qu'on la donne.

**Mme Nootens:** C'est cela. Si l'on accepte qu'il existe effectivement, non pas seulement une liberté de mourir mais qu'il existe un droit à la mort, on entérine par le fait même le droit pour d'autres de donner la mort à des concitoyens.

**Le sénateur Beaudoin:** Je pense que c'est bien poser la question.

**Mme Lesage-Jarjoura:** Je pense que l'on a basé tout notre argument et tout notre texte, si vous permettez, sur le fait qu'il existe un droit à la mort ou non. Parce que nous pensons qu'une fois que l'on a ouvert la porte, on ne voit pas pourquoi ce serait uniquement pour les malades en phase avancée ou comment on pourrait restreindre et au nom même de discrimination. Donc cela était notre théorie de départ.

Je voudrais mentionner parce que vous avez parlé d'acharnement thérapeutique, c'est un point qui m'intéresse justement au plus haut point. Il s'en fait encore de l'acharnement thérapeutique dans nos hôpitaux et la cause, l'origine est triple, tant de la part de l'agressivité médicale et aussi du fait que nos frontières

[Translation]

prevents us from accepting death as our parents and grandparents did? From the moment we set aside the technology, people have always died and death indeed used to be a social value. One died surrounded by one's family. It was an important moment in family life.

From the moment we eliminate the artifice of technology, why is it we have so much difficulty accepting death and would like to hasten it? We want it to happen as fast as possible? Isn't this a matter of social values or attitudes? Everything has to go fast, including that, because that disturbs us.

**Senator Beaudoin:** It's a philosophical question, I believe, a matter of social choice. I'm not saying I am for or against it. I wonder.

**Dr. Nootens:** It is certainly a question of philosophy and a vision of values in society; there is no doubt on that point. So are we at the point where we are in favour of rapid death as a major social value in defiance of the "sanctity" of life by removing its religious connotation? I don't know whether I properly understood your question because you asked whether there was a difference between that and taking drugs.

**Senator Beaudoin:** Well, there is one; I see one.

**Dr. Nootens:** Certainly, there is an undeniable one?

**Senator Beaudoin:** There is one that is undeniable. Now we are ultimately still coming to the same conclusion, that is to say whether or not a society can accept such a thing. That is the matter in essence.

**Dr. Nootens:** Exactly.

**Dr. Declos:** Agreeing to administer death, whether one mutually administers death in a health care system, that is the ultimate question: not that one accepts death, that one gives it.

**Dr. Nootens:** That's correct. If we agree that there is indeed not only a freedom to die, but that there is a right to die, one thereby ratifies the right for others to administer death to their fellow citizens.

**Senator Beaudoin:** I think you have put the question well.

**Dr. Lesage-Jarjoura:** I believe we have based our entire argument and our entire brief, if you will, on the fact that there is a right to death or not because we think that once the door has been opened, we do not see why it would only be for patients in advanced stages of disease or how it could be restricted and in the name of discrimination. So that was our original theory.

I would like to mention — because you spoke about aggressive therapy — that this is a point of the greatest interest to me. Aggressive therapy still occurs in our hospitals and the cause or the origin is threefold, as a result of both medical aggressiveness and also the fact that our boundaries are sometimes unclear. We

*[Text]*

sont parfois floues. On ne connaît pas trop où elles se situent exactement. Donc on ne sait pas trop où s'arrêter. C'est une des premières causes.

Vous savez que certaines familles demandent que l'on fasse plus encore pour différentes raisons, culpabilité, très souvent, pour différentes raisons parfois très bonnes, parfois moins bonnes et le malade aussi, est confronté à ses angoisses. Je pense qu'il faut bien voir que la plupart de nos malades ne nous demandent pas de faire moins, de couper avant l'heure mais de couper après l'heure.

On a vu souvent des patients réclamer de la chimiothérapie, réclamer beaucoup de traitements et pousser les frontières et les limites au delà de ce que bien d'entre nous aurions arrêté. Je pense qu'il faut être prudents sur cette notion et c'est probablement aussi parce que l'on n'a pas compris cette notion-là. La cessation de traitements est loin d'être bien comprise. On se dit d'abord, procédons à une cessation de traitements bien comprise et peut-être que vous le savez, bien des malades ont peur d'être prolongés.

Dans les sondages, on remarque bien souvent des gens qui vont dire: moi, je veux bien mourir. Tout ce qu'ils veulent dire par là, ce n'est pas forcément d'être euthanasiés ou d'avoir l'assistance au suicide, mais c'est de ne pas être prolongés inutilement. Or, cela, à mon avis, est loin d'être intégré dans nos soins de santé actuellement.

Alors, c'est ce que l'on se dit dans notre thèse. Procédons à cette étape bien comprise. Il y a beaucoup de chemin à faire à mon avis sur cette question-là.

**The Chairman:** We thank you very much, the three of you, for your presentations today. They were very helpful. Thank you.

Honourable senators, we will now hear from Mr. Dave Thomas from Timmins. We asked Mr. Thomas to appear before the committee. He was suggested to us by, I think, the Chief Crown Attorney in Ontario. This was as a result of our discussions with the coroner some months ago who suggested we might want to hear from other witnesses, people who were privy to trials of doctors who had been charged with offences under the present laws, and to help us understand how some of these decisions were raised. I think Mr. Thomas will be able to help us here.

Please go ahead.

**Mr. David Thomas, Crown Attorney's Office, Timmins:** Thank you, Madam Chair. Honourable senators, I apologize for the fact that there is no brief available to you. However, I was involved for the last six months in an ongoing murder case. I did not know when or whether I would be able to get here to testify. Neither do I have an erudite and polished presentation to present to you, unlike the last panel. As you will soon see, I do have a few disjointed thoughts that I jotted down on the plane from Timmins, and in the cafeteria in the last little while.

I often tell jurors that they must feel a bit like fish out of water when they enter the courtroom and that they should not be nervous. I feel somewhat like they do now, being in front of such an august body.

*[Traduction]*

don't really know where they are exactly, so we don't really know where to stop. That is one of the first causes.

You know that some families ask us not to do it any more for various reasons — guilt very often — for various reasons, sometimes very good, sometimes not so good, and the patient too is faced with his anxieties. I believe you must clearly understand that most of our patients do not ask us to do less, to cut them off before the time, but rather to cut them off after the time.

We have often seen patients demand chemotherapy, demand a lot of treatments and push the boundaries and limits beyond what many of us would have decided. I believe we have to be careful with this notion and it is probably also because we have not understood this notion. The cessation of treatment is far from being well understood. First we say: let us proceed with a well-understood cessation of treatment, and, perhaps you know, many patients are afraid of having their lives extended.

In the polls, you often notice that people say: I want to die well. All they mean by that is not necessarily that they want to undergo euthanasia or to be assisted in committing suicide, but that their lives should not be needlessly extended. However, in my view, that is far from integrated in our health care at present.

So that is what we say in our argument. Let us proceed to this well understood stage. In my view, there is a great deal of work to be done on this issue.

**La présidente:** Nous vous remercions beaucoup tous les trois de votre témoignage. Vos propos nous ont beaucoup éclairés.

Honorables sénateurs nous accueillons maintenant M. Dave Thomas, de Timmins. Nous lui avons demandé de comparaître devant nous sur la suggestion, je pense, du procureur de la Couronne de l'Ontario. Il y a quelques mois, le coroner nous avait proposé d'entendre le témoignage de personnes qui ont suivi des procès subis par des médecins accusés d'infractions aux termes des lois en vigueur, pour nous aider à comprendre certaines des décisions prises. Monsieur Thomas devrait pourvoir nous éclairer là-dessus.

Je lui cède la parole.

**M. David Thomas, Bureau du procureur de la Couronne, Timmins:** Merci beaucoup, madame la présidente. Honorables sénateurs, je n'ai malheureusement pas de mémoire à vous présenter. Je m'occupe depuis six mois d'une affaire de meurtre et je ne savais pas quand et si je serais en mesure de venir témoigner devant vous. Je n'ai pas non plus de déclaration savante à vous faire, comme les témoins précédents. Comme vous le verrez, j'aimerais vous communiquer quelques réflexions décousues que j'ai notées dans l'avion en provenance de Timmins et à la cafétéria, juste avant de me présenter ici.

Devant votre auguste auditoire, je me sens un peu comme les juristes qui ne doivent pas être nerveux même s'il sont un peu mal à l'aise à leur entrée devant le tribunal.



## [Texte]

I think I can be of help to you in discussing my thoughts and concerns, my practical perspective as a prosecutor who has had the pleasure of prosecuting a euthanasia case in Ontario.

I think the timing of the committee hearings could not be better. The writing is on the wall, and the government will have to take immediate and decisive action in the next little while.

It seems to me in reviewing the materials that Mr. Levy sent and a bit of the background of the committee, there are two streams of thought or recourse that are under consideration here. One is to legalize euthanasia, and the other, of course, is to amend the Criminal Code in order to reflect the distinction between traditional homicides where there is animus and those where the killing is committed in what we will call altruistic or compassionate circumstances. So it is perhaps in the latter that I can be of some assistance to you.

I agree with the last panel, and in the course of my case it became apparent that euthanasia goes on routinely across Canada, both passive and active, under the guise of aggressive palliative care. Even as we are speaking someone is probably being euthanized, and most often it goes unreported and undetected. Even in the case that I handled, the chances of it being detected were extremely remote.

The whole issue, as I am sure you well know, of euthanasia is more a medical or a bioethical one and not really the province of the criminal law. If it is legalized — I am not advocating it — I think that the coroners from Ontario said that it would have to be subject to extremely strict criteria and overseen by qualified health care professionals who are accountable. It would have to be across the nation, not just contingent on the local idiosyncrasies of a coroner, but federally implemented.

I believe, as well, that it would be fraught with difficulties in any event. I know that living wills are a big topic of debate. Legalized euthanasia, in my respectful submission, would still be fraught with difficulty and overlap with the criminal law.

What if someone is operating outside the legislative scheme that legalizes euthanasia? What if they did not have the living will properly witnessed? What if they did not seek the three required independent medical consultations and only went on the basis of two? What if the patient only expressed the desire three times to be killed, instead of the five times legislation might require? What do we do then? Does that suddenly mean that what would otherwise be a legal killing becomes illegal and falls back into the realm of the criminal law? What would happen?

I would suggest that if someone is operating outside the scheme on a technical basis or doing something that is not clear cut, it would technically be a murder, but it would not be prosecuted and you would not have any sanction. Could you rely on the medical profession to sanction it and police themselves? I would not think so.

So I appreciate the comments to the last panel, that it is a slippery slope, that once the door is open a crack, it is going to be open wide. I think that it will fall back into the criminal law at some point in time when people do not adhere to the scheme that

## [Translation]

Je pense que mes réflexions et mes préoccupations pourront alimenter vos discussions, tout comme mon point de vue pratique d'avocat de la poursuite dans une affaire d'euthanasie en Ontario.

Je pense que les audiences du comité arrivent à point nommé. Il est temps d'intervenir et le gouvernement devra agir résolument et sans délai.

D'après la documentation que M. Levy m'a envoyée et les antécédents du comité, il semble y avoir deux voies possibles. La première est la légalisation de l'euthanasie et l'autre, la modification du Code criminel pour établir une distinction entre les homicides traditionnels, où il y a intention, et ceux qui sont commis pour des raisons altruistes ou humanitaires. C'est peut-être sur ce deuxième aspect de la question que je peux vous venir en aide.

Je suis d'accord avec le dernier groupe de témoins, et la cause dont je me suis occupée m'a permis de constater que l'euthanasie se pratique couramment au Canada, autant l'euthanasie passive que l'euthanasie active, sous l'apparence de soins palliatifs agressifs. Au moment où on se parle, on exécute probablement une euthanasie, qui le plus souvent n'est ni signalée ni découverte. Même le cas dont je me suis occupé était très difficile à déceler.

Comme vous le savez sûrement très bien, toute la question de l'euthanasie est beaucoup plus une question médicale ou bioéthique qu'une question relevant vraiment du droit criminel. Si elle est légalisée (ce que je ne favorise pas) les coroners de l'Ontario aimeraient, je pense, qu'elle soit assujettie à des critères très rigoureux et surveillée par des professionnels de la santé qualifiés et responsables. Il faudrait une réglementation uniforme à l'échelle nationale pour éviter la subjectivité des coroners.

Quoi qu'il en soit, la situation serait semée d'embûches. Je sais que les testaments de vie font l'objet d'un vif débat. Selon moi, même si l'euthanasie était légalisée, les difficultés seraient nombreuses et il y aurait empiètement sur le Code criminel.

Si l'euthanasie est légalisée, que se passera-t-il si l'on ne respecte pas le cadre législatif? Si le testament de vie n'est pas bien certifié? Si l'on a consulté seulement deux médecins indépendants, au lieu de trois? Si le malade exprime seulement trois fois le désir de mourir au lieu des cinq fois exigées par la loi? Que ferons-nous alors? Le meurtre légal deviendrait-il illégal et du ressort du Code criminel? Qu'en serait-il?

En théorie, si l'on ne respecte pas le cadre législatif, il y aurait meurtre, mais il n'y aurait pas de poursuites ni de sanctions. Peut-on compter sur la profession médicale pour réglementer et surveiller les médecins? J'en doute.

Je conviens, comme les derniers témoins, que c'est une pente glissante, qu'il est facile d'ouvrir toute grande la porte une fois qu'elle est entrouverte. Je crois que l'euthanasie relèvera du Code criminel quand les gens n'approuveront pas le cadre que vous

## [Text]

you come up with. Euthanasia is culpable homicide, a willful killing; that axiomatically would involve the criminal law.

I was involved in the *de le Rocha* case. I have handed out the news release that kind of synopsis the case. I have, as well, the reasons of the trial judge for sentencing in the particular case. I understand that the coroners went into some detail on the facts of the case. I will not take the time to do so now. I am sure you recall that Mrs. Graham was, I believe, 70 years of age. She had been a inveterate smoker most of her life and developed a lump in the Y in her trachea. It was blocking one bronchi and almost blocking the other.

The striking thing about the case is that on a Monday she walked into the hospital on her own steam, self-ambulatory, for a biopsy, and that is very unique in a lot of the euthanasia cases. Usually people are languishing for months or weeks or even days. However, she walked in on a Monday or a Tuesday afternoon and was dead by the following day, having been euthanized by Dr. de le Rocha. It was very unique.

I always asked myself — and I would have said this to the jury — what if she would not have gone to the hospital that day? What if she would have stayed home and said: No, I am not going in for the biopsy; and had sat at home. I thought she might have watched another episode of *Wheel of Fortune* or Oprah, whatever she likes to watch, or maybe had dinner with her grandkids; I do not know. The point is that it was a very curious thing, that one day she is at home by herself doing well and the next day she is dead from going to the hospital.

Nevertheless, it was a case that caused me a great deal of personal and professional concern because there is no doubt the bolus of medicine that Dr. de le Rocha gave her was designed to kill her. The bolus of potassium chloride and the high dosage of morphine is often what is used in the United States to execute convicted murderers. So I am faced with this: He has given her what is clearly a bolus designed to kill her and he is caught doing it.

So I felt there was no choice. I instructed the police officers to lay a charge of second degree murder and they did so. The provincial court judge had no hesitation in committing Dr. de le Rocha to stand trial on a charge of second degree murder.

However, when it got down to the crunch, I have to confess that I had a great deal of difficulty with the case. As one who has prosecuted what I will call real killers — child killers, sex slayers, thrill killers — I had a very hard time casting Dr. de le Rocha in that same sinister light as these other types of men. I knew that if I was having that problem, surely to goodness a jury would be similarly situated when it came time to decide if is he a murderer. That was the problem that I was facing.

In the end result, I felt constrained to entertain plea negotiations with the defence team. A number of factors conspired to have me do that, the least of which, as I have just said, is what would a jury do. Also, I had a very difficult time securing expert witnesses to assist me. No offence to Senator Keon, but it seems that

## [Traduction]

aurez établi. L'euthanasie est un homicide coupable, un meurtre volontaire qui relève nécessairement du Code criminel.

Je me suis occupé de la cause *de le Rocha*. J'ai distribué le communiqué qui en quelque sorte résume l'affaire. J'ai également les motifs invoqués par le juge de première instance dans le prononcé de la sentence. Je pense que les coroners ont assez bien exposé les faits, et je ne reviendrai pas là-dessus. Vous vous rappellerez qu'on a découvert que Mme Graham, qui était âgée de 70 ans et avait beaucoup fumé toute sa vie, avait une tumeur dans la trachée qui bloquait complètement les bronches d'un côté et pratiquement tout l'autre côté.

Ce qui est étonnant dans cette affaire, c'est que la malade se déplaçait seule quand elle est entrée à l'hôpital pour une biopsie, le lundi; c'est assez particulier dans les cas d'euthanasie. Habituellement, les malades sont languissants pendant des mois, des semaines et même des jours. Mais elle, elle est entrée d'elle-même le lundi ou le mardi après-midi et, le lendemain, le docteur de le Rocha l'avait aidée à mourir. C'est assez particulier.

Je me suis toujours demandé (et c'est ce que j'aurais dit au jury) ce qui serait arrivé si elle ne s'était pas rendue à l'hôpital ce jour-là et était restée à la maison. Elle aurait pu regarder une autre épisode de *Wheel of Fortune* ou Oprah, ou encore dîner avec ses petits-enfants. Il est très étrange qu'elle soit morte après s'être rendue à l'hôpital, alors que, la veille encore, elle était chez elle et se portait bien.

Quoi qu'il en soit, cette affaire m'a beaucoup troublé, tant sur le plan personnel que professionnel, parce qu'il est certain que les médicaments que le docteur de le Rocha a administrés à cette dame visaient à provoquer sa mort. Ces fortes doses de chlorure de potassium et de morphine sont souvent utilisées aux États-Unis pour l'exécution de meurtriers condamnés à mort. De toute évidence, il lui a administré une dose mortelle et s'est fait prendre.

Je n'avais pas le choix. J'ai demandé aux policiers d'accuser le docteur de le Rocha de meurtre au deuxième degré, ce qu'ils ont fait. Le juge de la Cour provinciale n'a pas hésité à le sommer à procès sur cette accusation.

Cependant, au moment critique, je dois avouer que j'ai eu beaucoup de mal avec cette affaire. Ayant poursuivi en justice ce que j'appellerais de vrais meurtriers (ceux qui tuent des enfants ou qui tuent pour des raisons sexuelles ou pour le plaisir) et j'ai eu beaucoup de mal à associer le docteur de le Rocha à cette sinistre catégorie d'individus. Je savais que, si j'étais perplexe, le jury le serait tout autant quand viendrait le moment de déterminer si le docteur était un meurtrier.

Je me suis donc senti obligé de régler hors cours avec les avocats de la défense pour différentes raisons, ne serais-ce, comme je l'ai dit, parce que je ne savais pas ce que le jury ferait. J'ai également eu beaucoup de mal à venir faire témoigner des experts. Sans vouloir blesser le sénateur Keon, il semble que les



[Texte]

physicians are very guarded and very protective against testifying against each other. Whereas lawyers, well, we will throw ourselves down the river in a minute. A slight hyperbole.

I had a really hard time. In fact, it was only a week before the preliminary inquiry that I was able to get a highly qualified expert to talk about the effect of the medication on that elderly woman. That is how hard it was to get that type of witness.

The other thing I was confronted with was the *Sue Rodriguez* case which was unfolding and the focus of attention. The Gallup Poll was coming back with reports that eight out of ten Canadians favoured her, reinforcing my view that a jury would be hard-pressed to return a verdict of guilty.

The other fact, which is hard for you to appreciate, is in a smaller community like Timmins, Dr. de le Rocha was, in large measure, the only game in town. He was a preeminent thoracic surgeon. We have a hard time attracting qualified medical personnel to northern Ontario. He had instituted a number of very complex routines that could never have been performed without him there. The community itself seemed to be very divided about what to do with him. So, for those reasons, I felt it important to consider plea negotiations.

I also wondered, will this turn into the Morgentaler of the '90s? Will I be able to prove the essential averments of the case; his intention to kill her, the fact that she was killed? If the jury came back with a verdict of not guilty, where would that leave us? What message would that send out to the community?

I think the defence, as well, felt a real risk in going to trial. Although the Crown could prove the intention, I am sure they felt, well, what if they convict him of manslaughter; how is that going to look? Neither side wanted to let 12 common folk from Timmins kind of chart the course for euthanasia at this point in time.

So we came up with this deal. The deal essentially was, using the blunt instrument of the Criminal Code, that I would accept a plea to administering a noxious substance, which is a straight indictable offence carrying a ten-year maximum term, which would ensure a criminal conviction, and that the Crown would also seek a custodial sentence.

We felt that regardless of it being 30 days, three months, or three years, a custodial sentence for a physician would, in itself, be a sufficient deterrent. So we were content to take our chances and try and persuade the trial judge of the importance of general deterrents and the importance of imposing a custodial sentence.

You will note in the excerpt from the news release that at the end I felt so anxious about the sentencing hearing that I had a colleague it because I felt that — I do not know if it is pressure — but just that it is a small community and this doctor, I would see him regularly. I just did not feel like actually being the Crown asking for a jail sentence. So I had my colleague, Mrs. Regimbal, come and do so.

[Translation]

médecins évitent de témoigner contre un des leurs, tandis que les avocats, j'exagère un peu, le feraient sans hésitation.

Ce n'est en fait qu'une semaine avant l'enquête préliminaire que j'ai réussi à obtenir qu'un grand spécialiste vienne expliquer l'effet des médicaments sur cette vieille dame. Ce qui vous donne une idée de la difficulté que j'ai eue à trouver un témoin.

À la même époque, ce qui ne m'a pas aidé, l'affaire *Sue Rodriguez* en arrivait à son dénouement et retenait beaucoup l'attention. Un sondage Gallup signalait que huit Canadiens sur dix l'approuvaient, ce qui me portait de plus en plus à croire qu'un jury serait fortement incité à renverser le verdict de culpabilité.

Autre aspect qu'il vous est difficile de mesurer, dans une petite localité comme Timmins, le docteur de le Rocha est, dans une large mesure, indispensable. C'est un éminent chirurgien thoracique et nous avons beaucoup de mal à attirer du personnel médical qualifié dans le nord de l'Ontario. Le docteur de le Rocha a établi un certain nombre de protocoles très complexes qui n'existeraient pas sans lui. La population locale elle-même était très partagée sur son sort. C'est pourquoi j'ai cru important d'envisager un règlement hors cours.

Je me suis demandé s'il ne deviendrait pas le Morgentaler des années 90, si je serais capable de prouver les éléments essentiels de l'affaire, son intention de la tuer, le fait qu'elle a été tuée. Si le jury le déclarait non coupable, où en serions-nous et quel message serait ainsi transmis aux gens?

La défense elle-même pensait, je crois, qu'il était risqué d'aller devant le tribunal. Même si la couronne prouvait l'intention, qu'en serait-il si le docteur devait être condamné pour homicide involontaire? Aucune des deux parties ne trouvait opportun de laisser 12 simples citoyens de Timmins se prononcer sur l'euthanasie.

Nous en sommes donc arrivés à une entente en nous fondant sur le texte rigoureux du Code criminel. J'acceptais qu'on plaide l'administration d'une substance nocive, infraction punissable sur acte d'accusation qui entraîne une peine maximale de dix ans, ce qui assurerait la condamnation au criminel, et la Couronne demandait une peine d'emprisonnement.

Pour nous, qu'elle soit de trente jours, de trois mois ou de trois ans, la peine d'emprisonnement d'un médecin devait être suffisamment dissuasive. Nous croyions avoir de bonnes chances de persuader le juge de première instance de l'importance de facteurs dissuasifs généraux et de l'importance de l'imposition d'une peine d'emprisonnement.

Comme vous le constaterez dans l'extrait du communiqué, je me suis fait remplacer à la fin par une collègue. J'étais tellement nerveux au sujet de la détermination de la peine, d'avoir à demander une peine de prison (je ne sais si c'est à cause de la pression ou parce que j'appréhendais mes futures rencontres avec le médecin, inévitables dans une petite localité) que j'ai demandé à une collègue, Mme Regimbal, de me remplacer.

## [Text]

She made a very strident submission to the trial judge, as you can see in the excerpt, pointing out the general deterrents and that a jail sentence would be required. As you know, the judge determined that a jail sentence was not appropriate.

I want to emphasize here that, in reviewing with you the judge's reasons for sentence, in no way would I want it to be interpreted as a criticism of his decision. The Crown did not appeal his judgment in that case, and he is an extremely learned and able jurist whom I get along with well. I think that by looking through his reasons it might elucidate for you some of the concerns that we have.

One of the first ones is at page 1 of his reasons for sentencing. You will note at about line 7, page number 2, the first paragraph, just a small point there. He is reading the indictment and you will see it says there: "An injection of 40 milligrams of morphine" — about line 12 — "and 20 milli-equivalents of potassium chloride" — and this is the important part — "with the intent thereby to end her life."

I had written the indictment so as to reflect the fact that he had done this with the intention of ending her life. An objection was taken that morning, after the plea of guilty, and as you read down page 2 there, you will see that that was amended. They no longer allowed me to continue with the intent thereby to end her life, so we have to change that to, intent to cause, I think it was, grievous injury or bodily harm. So that was the first problem. I tried to be creative and fashion a charge using Section 289 that would capture the fact that he was taking her life, but that did not fly.

Let us go through this quickly. On page 3, his Lordship sets out the fact that the doctor had stellar antecedents. He had no prior criminal record, of course. He is a very, I think, upright and respected man. He was not, for instance, the self-aggrandizing clown Dr. Kevorkian is, who seems to have a personal agenda. Dr. de le Rocha acted in a single instance with some haste and ended up in this situation.

His Honour addresses, at page 3, line 28, the main concern where he says that the soul consideration where the issue was joined is on the question of general deterrence. So he appreciates that a general deterrence is the critical issue for him. He then goes over the facts and acknowledges them, and you arrive at page 4. He mentions that she came into the hospital on the 14th and that on the 15th she ended up being euthanized.

One other element of the case that made it difficult is there was some suggestion that Mrs. Graham had consented to have her life taken in this way. I think a fair interpretation is that she consented to have the endotracheal tube removed because it was painful, knowing that it may cause her death, but she did not then consent to being given this bolus of potassium chloride.

At page 5, his Lordship goes over that and he ends up construing that act as her consenting to be euthanized. She was told that if it comes out, it would likely cause her death. At page 6, between lines 12 and 18, he addresses that. He says:

We have a situation where the tube is taken out, at her request. The patient knew that she would die. She was told that — and she had understood — that with the removal of

## [Traduction]

Comme l'indique l'extrait, elle a fait une plaidoirie très percutante, soulignant l'importance de moyens de dissuasion généraux et d'une peine de prison. Comme vous le savez, le juge a décidé de ne pas choisir la peine d'emprisonnement.

Je tiens à préciser que je n'ai pas l'intention de critiquer la décision rendue par le juge. C'est un éminent juriste avec qui je m'entends très bien et la couronne n'en a pas appelé de son jugement. Je crois pouvoir vous expliquer certaines de mes préoccupations en examinant les motifs sur lesquels il a fondé sa décision.

À la première page, le juge explique la détermination de la peine. Vous constaterez à la page 2, au premier paragraphe l'acte d'accusation que lit le juge: une injection de 40 milligrammes de morphine et de 20 milli-équivalents de chlorure de potassium (et c'est là l'important) dans l'intention de mettre fin à ses jours.

Je l'avait rédigé pour faire ressortir qu'il avait l'intention de mettre fin aux jours de la malade. On a contesté l'aveu de culpabilité et, comme vous pouvez le lire à la page 2, on l'a par la suite modifié. On a remplacé «dans l'intention de mettre fin à ses jours» par «dans le but de causer des blessures graves ou des dommages corporels», je crois. Voilà une première difficulté. J'ai voulu, à partir de l'article 289, formuler une accusation indiquant qu'il avait enlevé la vie, mais sans succès.

Plus loin, à la page 3, le juge évoque les antécédents reluisants du docteur de le Rocha qui n'avait évidemment pas de casier judiciaire. C'est un homme, je pense, honnête et respecté. Il n'est assurément pas imbu de lui-même comme le docteur Kevorkian. Il s'est retrouvé dans cette situation après avoir précipité les choses dans un cas particulier.

À la page 3, ligne 28, le juge signale que la question des éléments dissuasifs est généralement admise et est très importante pour lui. Il expose ensuite les faits et il signale que la malade est entrée à l'hôpital le 14 et qu'elle mourait le 15 d'euthanasie.

Une autre difficulté de l'affaire tient au fait qu'on a prétendu que Mme Graham avait consenti à mourir ainsi. Je pense qu'il est juste de dire qu'elle a accepté qu'on lui retire le tube endotrachéal parce qu'elle souffrait, même si elle savait que cela pouvait causer sa mort, mais elle n'a pas consenti à ce qu'on lui administre du chlorure de potassium.

À la page 5, le juge passe les faits en revue et conclut qu'elle a ainsi consenti à ce qu'on facilite sa mort. On lui a dit que cette opération pouvait la faire mourir. À la page 6, des lignes 12 à 18, il déclare à ce sujet:

On lui a retiré le tube à sa demande et la malade savait qu'elle en mourait. Elle savait et comprenait que le retrait du tube, qu'elle avait demandé, raccourcirait ses jours.



[Texte]

the tube her life had been foreshortened by her own insistence, that the extubation procedure be completed.

So, his Lordship is aware of that and construes that, as I say, as her consenting to then being euthanized.

The other thing the doctor did that, I suppose, benefitted the position is he administered both the morphine — I think a very high dose of 40 milligrams — and to someone who had never been given it before, it would be a high dose — before he gave her the bolus of potassium chloride.

His Lordship interpreted the administration of the morphine as simply palliative care, and that by the time he got to the potassium seconds later, her heart rate had stopped and her breathing had slowed down to the point where death was imminent. The potassium then was simply expediting the matter a little quicker than it would otherwise have been.

There is one other interesting element to the case that the Crown tried to emphasize. That was that Dr. de le Rocha, after the fact, had been in conversation with some nurses and was heard to the say words to the effect euthanasia is the way of the future. We should embrace it. I do not know why there is such a big deal. It is happening in the States.

We led that evidence as demonstrating his motive in taking this woman's life as precipitously as he did. The defence said, no, that was simply him in retrospect trying to rationalize what he had done. The trial judge gave those comments that favourable analysis for Dr. de le Rocha.

He says, at the top of page 9, where he refers to the conversations:

Having said that, I am not convinced from the passages that I see that the advance of claim of euthanasia was in the mind of the doctor when he administered the bolus of potassium chloride.

He puts that interpretation on things. Also, he did not see the drugs as working synergetically together, but simply as the potassium ending the life a bit quicker than it might otherwise have done.

The other feature, of course, is that there was nobody complaining about what had happened. The victim's family looked upon Dr. de le Rocha as almost a patron saint. The son testified that it was a beautiful experience the way it happened, and we are very happy with what Dr. de le Rocha did. It was very humanitarian on his part. That was one of about four or five witnesses who testified *viva voce* at the sentencing hearing. Then there was a volume of 55 letters from physicians and people in the community testifying as to what a great and compassionate doctor the accused was.

So I think, confronted with all of those factors, the trial judge elected not to impose a custodial sentence and, rather, to simply place him on probation for three years, with the condition that he simply keep the peace and be of good behaviour. As I say, we did not appeal that decision.

[Translation]

Le juge a donc interprété qu'elle avait consenti à ce qu'on abrège ses jours.

L'autre geste qu'a posé le médecin et qui, je présume, l'a favorisé, est qu'il a administré la morphine (une dose très élevée de 40 milligrammes, ce qui est beaucoup pour quelqu'un qui n'en a jamais pris) avant de lui administrer le chlorure de potassium.

Pour le juge, il s'agissait de soins palliatifs, et quand le médecin a injecté le potassium, quelques secondes plus tard, le coeur de la malade ne battait plus et elle respirait très lentement au point où la mort était éminente. Le potassium n'a fait qu'accélérer son décès.

Il y a un autre élément intéressant, que la Couronne a essayé de faire ressortir. Après le décès de la malade, le docteur de le Rocha aurait dit à des infirmières que l'euthanasie était la voie de l'avenir et qu'on devrait l'approuver, que ce n'était pas un geste si grave, qu'on la pratiquait aux États-Unis.

Nous avons invoqué que cet incident prouvait qu'il avait eu l'intention d'abrèger la vie de la malade. La défense a soutenu qu'il avait tout simplement voulu, après-coup, justifier son geste. Le juge de première instance a analysé la situation à la faveur du docteur de le Rocha.

À propos de cette conversation, il déclare, au haut de la page 9:

Cela dit, la conversation ne me convainc pas que le médecin avait l'intention de pratiquer l'euthanasie quand il a administré le chlorure de potassium.

C'est ainsi qu'il interprète les faits. Il ne tient pas compte non plus de la synergie des médicaments, mais considère simplement que le potassium a quelque peu accéléré la mort qui était imminente.

De plus, personne n'a critiqué le geste du médecin. La famille de la victime vénère presque le docteur de le Rocha. Le fils de la malade s'est dit très satisfait des services du docteur de le Rocha, qui a agi de façon très humanitaire. Le fils est l'une des quatre ou cinq personnes venues témoigner à l'audience de détermination de la peine, au cours de laquelle on a aussi présenté un recueil de 55 lettres rédigées par des médecins et des gens du milieu attestant que l'accusé est un médecin formidable et très humain.

Devant tous ces faits, le juge de première instance a choisi de ne pas imposer de peine d'emprisonnement au médecin, mais seulement une période de probation de trois ans, en lui demandant de respecter la loi et de bien se comporter. Comme je l'ai mentionné, nous n'avons pas interjeté appel.

## [Text]

I said at the outset that if there is to be some changes, they would be most prudently brought by amending the Criminal Code to reflect the difference between killings committed in altruistic circumstances and the other types of killings. I have a hard time with this notion of compassionate killing. It almost seems to be an oxymoron, compassionate killing; however, in the event that the recommendations are to change the Criminal Code, it raises a lot of very interesting considerations. It seems to me that you would be making this huge net to capture a very few cases; cases like the Latimer case.

The *Latimer* case, I think, is unusual and much different than the case I did because you had this very defenseless, innocent 48-pound child who was looking to her father for sustenance and support on the one hand. In my case, I had Mrs. Graham who really had, I think, one foot in the grave and the other on a banana peel and nobody was clamouring and saying she needs protection. It is much different.

If I were the prosecutor in *Latimer*, and there had been no plea negotiations, I would have felt constrained to proceed on the charge of first degree murder, as he did. I am not privy to what happened in that case, if there were any attempts to meet and negotiate the case. It seems to me — I am just speculating here; I do not know the full details — that it might have resolved itself by a plea to something like manslaughter or even administering a noxious substance, for a term of maybe three years if the parties had gotten involved.

I do not know if that was done. I do not know what overtures were made. Maybe they said, "Look, we are standing firm; we are going to go to trial and take our chances." I am not sure what happened there, but it was rather surprising that it proceeded.

I think the jury's verdict, as well, demonstrates that even they had difficulty with it, in this regard. It is clear from the evidence I was able to learn that he did plan it. He admitted to thinking about it, to planning it, and then going in and setting up this elaborate scheme of tubes and hoses from the truck exhaust into the cabin of the truck where his daughter Tracy was, and that obviously demonstrates planning and premeditation, which is first degree murder.

However, the jury did not return a verdict of first degree murder. They kind of cut it off and came back with second degree despite what would be clear evidence of planning and premeditation. If I were in that case I think I would have had to proceed as that Crown did if no plea negotiations were attempted.

So I know that you have heard from Professor Dickens. He, I think, suggested that you might consider a third category of murder. We have first degree, second degree, how about third degree? As I said a little while ago, I think that you are making a wide net to capture very few people. I would be concerned that a number will try and fit themselves into that category. If I saw any changes coming, I would think it should be a decision that the trier of facts makes.

## [Traduction]

S'il faut faire des changements, il serait plus prudent, comme je l'ai déjà dit, de modifier le Code criminel pour distinguer les meurtres par compassion des autres genres de meurtre. Cette expression de meurtre par compassion me dérange beaucoup; elle me semble presque contradictoire. Quoi qu'il en soit, en recommandant de modifier le Code criminel, on établirait, à mon avis, un filet énorme pour capturer très peu de gens, comme dans l'affaire *Latimer*.

L'affaire *Latimer* est, à mon avis, inusitée et bien différente de la cause que j'ai défendue, parce que la victime est une enfant de 48 livres, innocente et sans défense, qui avait besoin du soutien et des ressources de son père. Dans la cause dont je me suis occupé, la victime, Mme Graham, était pratiquement à l'article de la mort et n'était pas du tout sans ressources. La situation est bien différente.

Comme l'a fait l'avocat de la poursuite dans l'affaire *Latimer*, je me serais senti obligé de porter une accusation de meurtre au premier degré, s'il n'y avait pas eu de négociation de plaidoyers. Mais, je ne sais pas si on a essayé de négocier. Les deux parties auraient peut-être pu s'entendre, mais je spécule ici, sur une accusation d'homicide involontaire ou même d'administration d'une substance nocive, pour une peine de peut-être trois ans.

Je ne sais pas si on a ouvert la porte au compromis. On peut avoir préféré risquer le procès au lieu de faire des concessions. Je ne sais pas, mais il est assez étonnant qu'il y ait eu poursuite.

Même le verdict rendu par le jury montre que celui-ci était tiraillé. Il est clair d'après ce que j'ai pu savoir que le geste était planifié. L'accusé a avoué avoir mûri et planifié son geste, puis installé tous ces tubes entre le tuyau d'échappement et la cabine de son camion, où se trouvait sa fille Tracy, ce qui prouve la préméditation et justifie donc l'accusation de meurtre au premier degré.

Cependant, le jury n'a pas maintenu le verdict de meurtre au premier degré, mais l'a réduit à un meurtre au deuxième degré malgré les preuves patentes de planification et de préméditation. Je crois que la couronne a bien fait de poursuivre, si aucune négociation n'a été envisagée.

Le professeur Dickens, dont vous avez entendu le témoignage, vous a proposé, je pense, une autre catégorie de meurtre, le meurtre au troisième degré. Je le répète, pour moi, c'est prévoir un filet bien large pour capturer très peu de gens. Je craindrais que des gens s'arrangent pour que leur crime entre dans cette catégorie. C'est au juge de faire changer les choses, s'il y a lieu.



[Texte]

So, someone is caught having committed what appears to be murder. During the course of the trial, there is evidence led that they had purely altruistic motives in committing the crime. I would think that would then trigger the option for the trier of fact to find that the killing was committed in compassionate or altruistic circumstances, and the sentencing judge then may impose a sentence, say, in the range of two to five years. I think it is something that should be left with the trier of fact to first confirm that the case is made out.

That raises the issue of whether the accused should have to prove that on the balance of probabilities like we do with insanity? Should they have to prove that, "Yes, I killed my relative or this person out of pure concern for their suffering or what have you?" Or, do you simply leave it to be determined? They have to raise a reasonable doubt, that if there is any suggestion that they were acting altruistically, then all they need to do is raise a reasonable doubt and they suddenly fit into this third category for sentencing of two to five years. It is a hard question to answer.

As a prosecutor, obviously, I am biased, and I would favour that the accused would have to prove it on the balance of probabilities. You could see a number of situations. For example, say Mr. Unscrupulous, whose wife is rather ill and has been for awhile, smothers her in the middle of the night with a pillow; looks like, hey, this is pure compassionate killing. Then you found out that he has been having an affair for the last two years, and he has just taken out higher insurance premiums on her, and he misled the police initially. I can see a lot of people trying to fit themselves into that category. I think it should be left to simply proof of a reasonable doubt. You may have a lot of people trying to set up killings to look like compassionate killings when in fact they are not. So I would favour a scheme where the accused has to establish on the balance of probabilities that it was a compassionate killing. Once that is done, the sentencing judge then has an option of arranging a sentence, rather than, say, 10 years, of 2 to 5 years or something along those lines.

You have impressed me by your perseverance at 6:25, and that is all I will say at this point.

**Senator Beaudoin:** Just one question. You refer to the Latimer case and to Professor Dickens. Dickens has advocated a third degree of murder. I want to know exactly what you think about it because you have talked about the possibility of some kind of a third degree murder, and you would also put the evidence on the shoulders of the accused. It is a serious departure from the tenet of presumption of innocence.

**Mr. Thomas:** You are absolutely right. I think it would be subject to a Charter challenge under Section 7, if not other sections. That has happened, as you know, with the defence of not criminally responsible. That still is a standard that the accused must prove on the balance of probabilities that he or she was not criminally responsible on account of insanity.

I could see that this type of provision could pass the same test because you are dealing here with homicide. There is no issue, do not forget. The person admits to the killing. He said, yes, I did kill him or her, and I intended to do so. I think when you are

[Translation]

Si, dans un procès pour meurtre, les faits mis en preuve semblent montrer que l'accusé a agi uniquement par compassion, ce serait au juge de conclure que l'acte a été commis pour des raisons humanitaires, et alors la peine imposée pourrait être de deux à cinq ans. C'est au juge de confirmer qu'il s'agit bien de ce genre de crime.

Ce qui nous amène à nous demander si l'accusé doit prouver ses motifs, selon la prépondérance des probabilités, comme on le fait dans les cas d'aliénation mentale. L'accusé doit-il prouver qu'il a tué son proche, ou toute autre personne, pour des raisons humanitaires, afin d'abréger ses souffrances peut-être, ou laisse-t-on au juge le soin de le déterminer? Faut-il soulever le doute raisonnable qu'il s'agissait d'un geste de compassion pour qu'on classe le meurtre dans cette troisième catégorie en vue d'une peine de deux à cinq ans? C'est une question difficile à répondre.

En tant qu'avocat de la couronne, j'aimerais mieux, évidemment, que l'accusé ait à prouver ses motifs selon la prépondérance des probabilités. Toutes sortes de situations pourraient se présenter. Par exemple, un homme sans scrupule pourrait d'abord mettre les policiers sur une fausse piste en prétendant avoir étouffé par altruisme sa femme malade depuis un moment, alors que, finirait-on par découvrir, il avait une maîtresse depuis deux ans et venait d'augmenter les primes d'assurance-vie de sa femme. Beaucoup de gens pourraient essayer de faire passer leur geste pour un meurtre de cette catégorie, quand il n'en serait rien. On devrait plutôt avoir à prouver qu'il y a un doute raisonnable. Je favoriserais donc un système où l'accusé doit prouver selon la prépondérance des probabilités qu'il s'agissait d'un meurtre par compassion. Ensuite, le juge pourra déterminer, en fonction de l'acte commis, si la peine sera de dix, deux ou cinq ans.

Voilà ce que j'avais à dire. Je vous remercie de m'avoir écouté avec autant de patience jusqu'à 18 h 25.

**Le sénateur Beaudoin:** À propos de l'affaire Latimer et du meurtre au troisième degré proposé par le professeur Dickens, j'aimerais savoir ce que vous en pensez vraiment parce que vous avez évoqué la possibilité d'un meurtre au troisième degré en laissant le fardeau de la preuve à l'accusé, ce qui est une grave entorse au principe de la présomption d'innocence.

**M. Thomas:** Vous avez tout à fait raison. Je pense qu'on pourrait invoquer la violation de l'article 7, ou d'autres articles de la Charte. On le fait quand on plaide qu'une personne n'est pas criminellement responsable. C'est toujours à l'accusé de prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'il n'est pas criminellement responsable pour cause d'aliénation mentale.

Je pense qu'on pourrait faire la même chose dans ce cas parce qu'il est question d'homicide. N'oubliez pas que l'accusé ne conteste pas, mais admet qu'il a tué quelqu'un et avait l'intention de le faire. Dans les cas de meurtres, il conviendrait que le

[Text]

dealing with the taking of life, it would be appropriate to have the proof lying on the accused, who has admitted to the killing, that he or she did so for altruistic reasons.

So you are right. It could be attacked on the basis of being offensive to the Charter, but I think it could past muster in the circumstances of being a homicide.

**Senator Beaudoin:** Yes, but if you have a third degree murder — whether you call it mercy killing or not — it will still be for the Crown to prove it. You are a Crown attorney, are you?

**Mr. Thomas:** Yes.

**Senator Beaudoin:** It is still for the Crown attorney to establish beyond a reasonable doubt that the accused is liable for a third degree murder. Why do you want to put that on the shoulders of the accused? Obviously there is a difference between a murder committed by Latimer and murder committed by a real criminal.

**Mr. Thomas:** Sure. No, that is absolutely right. I think I was speaking quickly, and perhaps I did not explain myself as carefully as I should have.

The Crown would still have to prove beyond a reasonable doubt that the accused took the life, that he intended to do so, and that he did so. Only once that is proven would it trigger the onus of the accused having to establish they did so for compassionate reasons. I tried to give you examples of when people would try and fit themselves into that category ahead of time, like plan out a killing. Maybe their mortgage is due and Uncle Bill had a lot of money in the bank, and there is only a little bit of time to go and they want to hurry things along.

I can just see people trying to fit themselves in and make it look good. That is why I think, if you intend to consider such a proposal, it has to be of a high standard; otherwise, you will open the door to a lot of people trying to fit themselves into this category.

The Crown would still have to prove beyond a reasonable doubt that the accused committed the crime. Once that is done, then what I am saying is the option would be open to the accused to call evidence or lead evidence to say, yes, that is right, we did do it, but we did it for these reasons. Only then would the sentencing judge, once it was found as fact that the motive had been compassionate, say, "All right, you are into this category of third degree murder. You are looking at a sentence in the range of 2 to 5 years." If you open the door without strict guidelines, you will open the floodgate to a lot of problems.

**Senator Beaudoin:** There is still the Charter rights argument.

**Mr. Thomas:** Some lawyer will mount that, no doubt.

**Senator Beaudoin:** A lawyer will then instinctively think of challenging the third degree murder on the basis of presumption of innocence, a violation of the presumption of innocence.

[Traduction]

fardeau de la preuve incombe à l'accusé qui a avoué avoir tué pour des raisons humanitaires.

Vous avez raison. On pourrait invoquer qu'il y a violation de la Charte, mais ce pourrait être acceptable dans les cas d'homicide.

**Le sénateur Beaudoin:** Même s'il existe un meurtre au troisième degré (qu'on l'appelle meurtre par compassion ou non) il appartiendra toujours à la couronne d'en faire la preuve. N'êtes-vous pas procureur de la couronne?

**M. Thomas:** Oui.

**Le sénateur Beaudoin:** C'est toujours au procureur de la couronne d'établir hors de tout doute raisonnable que l'accusé est coupable d'un meurtre au troisième degré. Pourquoi voulez-vous que le fardeau de la preuve revienne à l'accusé? Il est évident qu'il y a une différence entre le meurtre commis par M. Latimer et celui commis par un vrai criminel.

**M. Thomas:** C'est tout à fait vrai. Je ne me suis peut-être pas expliqué aussi clairement que j'aurais dû.

La couronne devra toujours prouver hors de tout doute raisonnable que l'accusé a mis fin aux jours d'une personne intentionnellement. Seulement une fois cette preuve faite, l'accusé devra alors prouver qu'il a agi par compassion. J'ai essayé de vous montrer par des exemples que certaines personnes planifieront leur geste pour qu'il soit considéré comme un meurtre de cette catégorie, parce qu'ils ont une hypothèque à payer et qu'ils sont pressés de voir mourir leur oncle riche et malade.

Je peux imaginer que les gens essaieront de faire passer leur meurtre pour un geste humanitaire. À mon avis, si vous envisagez le meurtre au troisième degré, il faut prévoir des normes élevées pour ne pas ouvrir la porte à toutes sortes d'abus.

La couronne aura toujours à prouver hors de tout doute raisonnable que l'accusé a commis le crime. Ensuite, l'accusé aura la possibilité de mettre en preuve qu'il a agi pour cette raison. S'il est déterminé qu'il a agi par compassion, le juge pourra établir qu'il s'agit d'un meurtre au troisième degré qui entraîne une peine de deux à cinq ans d'emprisonnement. Sans règle stricte, on peut s'attendre à créer beaucoup de problèmes.

**Le sénateur Beaudoin:** La question des droits garantis par la Charte se pose toujours.

**M. Thomas:** Il est certains que certains avocats les invoqueront.

**Le sénateur Beaudoin:** Un avocat pensera d'instinct à contester l'accusation de meurtre au troisième degré comme étant une violation de la présomption d'innocence.



[Texte]

I do not mean that it is impossible. It probably is possible to deal with the law like that, but you will have to find a very good drafter, that is for sure.

**Mr. Thomas:** That is for sure.

**Senator Carstairs:** I have a couple of questions. The first one has to do with your statement — I think it was your statement — that in your investigations of this particular case you came across certain evidence — if not hard, at least soft evidence — that there was a great deal of euthanasia going on in Canadian society. What led you to that conclusion?

**Mr. Thomas:** Speaking with people across Ontario, to people here in Ottawa, physicians in Ottawa, physicians in Toronto, bioethicists. I did not investigate or have hospitals investigate it and monitor with surveillance cameras, if that is what you are getting at. Certainly my sense is that the reason this case was discovered was that the nurse was indignant. The doctor said to her: "Go get me that potassium, and she said jump in the lake, go get it yourself." She was so indignant that he had gone ahead in front of her and taken it, that she reported it. You have to ask yourself, what if he had been a little bit more discreet? It never would have come to light. I think that is the type of thing that happens, perhaps regularly.

When I spoke to people, trying to get them to testify, they were saying things like, "Why did he do it in front of the nurse"; and suggesting that this is something that happens quite a lot, that it usually happens under the guise of progressive palliative care, and no one bats an eye.

**Senator Carstairs:** The second question I have is that you spoke in some detail about a third category. What about no category at all? What about the decriminalization altogether for competent persons, that they have a right to commit suicide and they have a right to have assistance in that suicide and they have the right to be euthanized?

**Mr. Thomas:** Well, it seems, Senator Carstairs, that you are trying to draw me into the bioethical debate. I do not know that I feel particularly well placed to discuss that.

As I said at the outset, I think that it will be fraught with policing. It will be very hard to stop it once you open the door. In your questions earlier to the last panel you suggested that only a few people would take advantage of that option, if you will, if it were there.

I do not have the answer to that. I have a feeling you are going to involve the criminal law anyway, once you legalize euthanasia or assisted suicide, because what if people do not follow the guidelines? Then you are right back to square one, and it is criminal, and you are going to involve us in any event. I think it would be easier to look at this third category, if that is the way people are leaning.

**Senator Carstairs:** Just to add to that. The reason I said that is that, based on the Dutch experience, only 1.8 per cent of those dying choose euthanasia. That leads me to think perhaps that with a system in place, they may not use that option. However,

[Translation]

Je ne dis pas qu'il est impossible de régler ce problème dans la loi, mais il faudra un très bon rédacteur.

**M. Thomas:** Assurément.

**Le sénateur Carstairs:** J'ai deux questions à poser. Pour commencer, j'aimerais revenir sur ce que vous avez dit à propos de l'affaire dont vous vous êtes occupé; vous auriez alors pu faire la preuve, de façon contestable ou non, qu'il y a beaucoup de cas d'euthanasie au Canada. Qu'est-ce qui vous amène à cette conclusion?

**M. Thomas:** Mes conversations avec des gens d'un peu partout en Ontario, notamment des médecins et des bioéthiciens d'Ottawa et de Toronto. Je n'ai pas fait d'enquêtes dans les hôpitaux ni fait faire d'enquêtes avec des caméras de surveillance, si c'est ce que vous voulez dire. À mon avis, c'est l'indignation de l'infirmière qui a permis de mettre au jour l'affaire. Elle n'aurait pas voulu procurer le potassium que le médecin lui avait demandé. Il l'aurait fait lui-même devant elle. Que ce serait-il passé s'il avait été un peu plus discret? On n'aurait jamais rien su et je pense que des situations semblables se produisent régulièrement.

Les gens nous demandaient pourquoi il avait agi devant l'infirmière en me laissant entendre que cette pratique était très courante, habituellement sous la forme d'un traitement palliatif progressif, et que personne ne s'en offusquait.

**Le sénateur Carstairs:** J'aimerais aussi vous interroger sur la troisième catégorie de meurtre dont vous avez parlé. Pourquoi créer une troisième catégorie de meurtre? Pourquoi ne pas décriminaliser complètement cet acte pour les personnes aptes à prendre des décisions, qui ont le droit de se suicider, le droit de se faire aider à mourir, le droit d'abrégier leurs jours?

**M. Thomas:** Mme Carstairs je pense que vous voulez me lancer dans le débat bioéthique et je ne me sens pas particulièrement de taille à le faire.

Comme je l'ai dit au début, je pense qu'il faudra établir toute une série de balises car une fois que la porte sera ouverte, il sera très difficile de faire marche arrière. Dans la question que vous avez posée plus tôt au dernier groupe, vous avez laissé entendre que seulement une poignée de gens se prévaudraient de cette possibilité si elle existait.

Je n'ai pas de réponse à cela. À mon avis, la justice sera appelée à s'en occuper car une fois qu'on légalise l'euthanasie ou l'aide au suicide, que fait-on lorsque les gens ne suivent pas les directives; on se retrouve au point de départ et cela devient une affaire criminelle où l'on doit alors faire appel à nous de toute façon. Je pense qu'il serait plus facile d'envisager la troisième catégorie dont nous avons parlé, si c'est l'option que l'on semble vouloir retenir.

**Le sénateur Carstairs:** Je voudrais simplement apporter quelques précisions. La raison pour laquelle j'ai dit cela c'est que d'après l'expérience hollandaise, seulement 1,8 p. 100 des personnes mourantes ont choisi l'euthanasie. Cela m'a amenée à

*[Text]*

there is no question that there will be those who will not fulfil the conditions, whatever those conditions may be, and then it is indeed lobbed back over into your court.

**Mr. Thomas:** Right.

**Senator Keon:** Just an interesting aside. Has the college dealt with Dr. de le Rocha yet?

**Mr. Thomas:** Well, you know how our system drags on. I saw him the other day in the hospital; my wife had a baby. I think he is still practising and doing well. I do not think they have taken it up. I cannot say categorically. I should have found out for you, but I do not know. I think it is still outstanding.

**Senator Keon:** So they are waiting until after you have dealt with him, I suppose?

**Mr. Thomas:** Yes, but that was quite some time ago. That was back in April of '93 that he was sentenced. It has been over a year and a half now since the criminal matter was dealt with. He is still on probation. He will be on probation for three years.

Speaking to the people involved, their view was that nothing of consequence would occur. I do not know what the sanctions are, having him supervised or reporting or something like that for the next little while. I do not know what has happened.

**Senator Corbin:** Just one thing. You mentioned the possibility of a third degree, what is it, homicide? I do not have a legal background at all. I get totally confused.

Interestingly, we had a member of your profession — a lawyer — appear before us last week or the previous week who came forward with a proposition diametrically opposed to what you have put before us. He would have established a special tribunal whereby a willing and competent person wanting to be euthanized would have to apply to obtain permission within very restrictive guidelines and what have you. The only difference I see between that proposal and yours is that yours is after the fact, whereas the other one would be before the fact. Any comment?

**Mr. Thomas:** Well, that proposal you have suggested presupposes that euthanasia or assisted suicide is legal. My approach — and, as I say, I do not feel I am in the position to be drawn into the bioethical debate with you here — is just a practical approach. I think it would be preferable to accommodate those rare cases where people act in haste or on compassionate grounds. If it is legalized, that is one entire different kettle of fish. Once it is legalized, then the only time that the criminal justice system would become involved is if someone flagrantly — and I say “flagrantly” — operated outside of the scheme that legalized euthanasia.

So I see the two schemes as being very different. The first one you suggested is presupposing that euthanasia is legalized. Then yes, you will have strict guidelines and safeguards and what have you, and hopefully they will be adhered to. Otherwise, as Senator

*[Traduction]*

penser que si un système existait, elles ne choisiraient peut-être pas cette option. Il ne fait aucun doute toutefois que certaines personnes ne rempliront pas les conditions exigées, quelles qu'elles soient, et alors la balle se trouve dans votre camp.

**M. Thomas:** Exactement.

**Le sénateur Keon:** J'aimerais simplement faire une parenthèse: le collège a-t-il donné suite au cas du docteur de le Rocha?

**M. Thomas:** Vous connaissez la lenteur de notre système. Je l'ai vu l'autre jour à l'hôpital lorsque ma femme a accouché. Je pense qu'il pratique toujours la médecine et se débrouille bien. Je ne pense pas que le collège ait étudié son cas mais je ne peux pas l'affirmer. J'aurais dû me renseigner pour vous mais je l'ignore. Je pense que son cas est toujours en suspens.

**Le sénateur Keon:** Je suppose qu'ils attendent que vous ayez traité son cas?

**M. Thomas:** Oui mais il y a un certain temps de cela. Il a été condamné en avril 1993. Donc il y a plus d'un an et demi que cette cause a été portée devant les tribunaux. Il est toujours en probation et il le sera pendant trois ans.

Les principaux intéressés avec lesquels je me suis entretenu m'ont indiqué qu'à leur avis il ne serait pas gravement réprimandé. Je ne sais pas quelles sont les sanctions prévues, s'il devra être supervisé ou faire rapport à quelqu'un pendant un bout de temps. Je ne sais pas ce qui s'est passé.

**Le sénateur Corbin:** Autre chose. Vous avez mentionné la possibilité d'homicide au troisième degré. Est-ce exact? Je n'ai aucun bagage juridique. J'ai de la difficulté à m'y retrouver.

Fait intéressant, un membre de votre profession (un avocat) a comparu devant nous la semaine dernière ou la semaine précédente pour nous présenter une proposition diamétralement opposée à la vôtre. Il proposait d'établir un tribunal spécial devant lequel une personne consentante et compétente qui veut être euthanasiée devrait comparaître pour en obtenir l'autorisation dans le cadre de directives très sévères. La seule différence que je constate entre cette proposition et la vôtre, c'est que la vôtre intervient après coup tandis que l'autre intervient avant. Avez-vous des commentaires?

**M. Thomas:** La proposition dont vous parlez laisse supposer que l'euthanasie ou l'aide au suicide est légale. Ma démarche (et comme je l'ai dit je ne me sens pas en mesure de participer à un débat bioéthique avec vous) est simplement une démarche pratique. Je pense qu'il serait préférable d'étudier les rares cas où des personnes agissent de façon précipitée ou par compassion. Si l'euthanasie est légalisée, cela devient une tout autre question. Une fois qu'elle serait légalisée, on ne ferait alors appel au système criminel que si quelqu'un dérogeait de façon flagrante (et j'insiste sur l'adjectif «flagrante») au cadre de l'euthanasie légalisée.

Ces deux propositions sont donc très différentes. La première dont vous avez parlé laisse supposer que l'euthanasie est légalisée. Il faudra alors effectivement établir des lignes directrices et des mesures de protection rigoureuses et espérer qu'elles seront



[Texte]

Carstairs says, then you are back in the criminal law because you are still dealing with the taking of a human life.

**The Chairman:** Mr. Thomas, you mentioned at the beginning of your presentation that, as a result of the work that you did on this particular case, you have come to realize that euthanasia is fairly common or going on all the time. So it would appear that your sense is that this is not a rare case; it is only the rare case that gets into court, as I see it.

I am wondering — this is one of the questions we have to address — is it better to leave the law and let the Crown and its conscience and some defence counsel plea bargain and treat each case, or should there be some certainty in the law, which a lot of doctors have asked for?

**Mr. Thomas:** In responding to Senator Carstairs I said that my sense was that aggressive palliative care is happening regularly across Canada and that patients are being euthanized, in effect, by either the removal of life-sustaining medicine or aggressive administration of drugs that would bring on death rather quickly. I believe that is happening. It seems that it is happening and that people are using their judgment, presumably appropriately because we do not hear of many cases. You would think that the profession cannot be that closely knit, that if someone were going around acting imprudently and precipitously, it would come to light, as it did in our case with Dr. de le Rocha. I have to believe that there is a sense of what is right and that we can rely on the professionals to bring to light those bad cases. That is maybe naive on my part.

To answer your question of whether to leave it with the Crown attorney and defence lawyers to plea bargain, I would say no. I would say that the result we had in that case is a rather undesirable one in many respects. It did not really resolve a lot of issues. Nobody was happy. Not that you can please everybody all the time, goodness we all know that, but it just seemed an awkward attempt to fit a square hole into a round hole or vice versa. We had the Criminal Code that did not provide for this type of killing or we just ignored it. We could not ignore it once it was brought to light, because then the message goes out that you can do what you want. No one is looking and they are turning a blind eye and you can get away with it.

So we were forced to prosecute, but, as I said, I did not want to go with the high stakes of second degree murder in my case because I do not think it would have been a satisfactory result. That is why I am open to this notion of another category, hopefully on sentencing, to accommodate these types of cases — and I think they are rare — where the motive is compassion or altruism.

**The Chairman:** So in other words, it would be another category of murder, but on the facts the judge would be permitted to decide if it fell into the third category?

**Mr. Thomas:** Yes, Madam Chair, that is what I would think, that if it is a judge sitting by himself or herself and they are satisfied on the facts that the killing was done compassionately,

[Translation]

respectées. Autrement, comme l'a indiqué le sénateur Carstairs, cet acte relève de la justice pénale parce qu'il consiste à donner la mort à un être humain.

**La présidente:** Monsieur Thomas, vous avez mentionné au début de votre présentation que par suite du travail que vous avez fait sur ce cas en particulier, vous avez été amené à constater que l'euthanasie se pratique couramment. Vous avez donc l'impression que ce n'est pas un cas isolé; ce sont seulement de rares cas qui sont portés devant les tribunaux, d'après ce que je peux en déduire.

Je me demande (et c'est l'une des questions sur lesquelles nous devons nous pencher) s'il est préférable de laisser les tribunaux traiter chaque cas et la Couronne et la défense procéder à la négociation de plaidoyer ou faudrait-il prévoir un certain degré de certitude dans la loi, ce que beaucoup de médecins ont réclamé?

**M. Thomas:** Je répondrai au sénateur Carstairs qu'à mon avis on dispense régulièrement des soins palliatifs agressifs partout au Canada et qu'on pratique l'euthanasie soit en cessant d'administrer des médicaments de survie, soit en administrant de façon agressive des médicaments qui accélèrent la mort. Je pense que ce genre de cas se produit et que les gens font preuve de discernement, sans aucun doute puisque nous n'entendons pas parler de beaucoup de ces cas. On pourrait penser que les membres de cette profession ne peuvent être solidaires à ce point, c'est-à-dire que si l'un de leurs membres agit de façon imprudente et précipitée, cela finirait par se savoir, comme dans le cas du docteur de le Rocha. Je dois croire qu'ils ont des principes et que nous pouvons nous fier à eux pour nous signaler les cas répréhensibles. C'est peut-être de la naïveté de ma part.

Quant à savoir s'il est préférable de laisser l'avocat de la Couronne et les avocats de la défense négocier pour réduire la gravité des accusations, je dirais que non. Le résultat que nous avons obtenu dans le cas en question laisse plutôt à désirer à biens des égards car bien des choses n'ont pas été vraiment réglées. Cela n'a satisfait personne. Il est évidemment impossible de contenter tout le monde mais cela nous a semblé simplement une solution maladroite absolument pas adaptée à la situation. Le Code criminel ne prévoyait pas ce type de meurtre. Nous aurions pu tout simplement fermer les yeux. Or, une fois que l'affaire a été révélée, nous ne pouvions pas fermer les yeux car on aurait ainsi transmis le message que tout est permis. Personne ne regarde, on ferme les yeux, vous pouvez donc vous en tirer à bon compte.

Nous avons donc été obligés de poursuivre mais comme je l'ai indiqué je ne voulais pas, dans cette affaire, porter une accusation de meurtre au deuxième degré parce qu'à mon avis cela n'aurait pas donné de résultats satisfaisants. C'est pourquoi je suis partisan d'établir une autre catégorie d'accusation pour tenir compte de ce genre de cas (et je crois qu'ils sont rares) lorsque le mobile est la compassion ou l'altruisme.

**La présidente:** En d'autres mots, il s'agirait d'une autre catégorie de meurtre mais selon les faits, le juge serait habilité à décider si la cause tombe dans cette troisième catégorie?

**M. Thomas:** Oui, madame la présidente, si un juge qui siège seul décide à la lumière des faits qui lui sont présentés, qu'il s'agit d'un meurtre par compassion, il peut alors imposer à condamner

[Text]

then they can move to the sentencing regime, which will be much less. I have suggested a range of two to five years to capture those types of cases. In the case of a jury, my view is that it should be left with the jury after they have been instructed by the judge to decide whether that case was one committed in compassionate or altruistic circumstances. Once the jury says, "Yes, we find that he or she killed the victim but did so for these motives", then the judge could say, "Fine, then render the sentencing regime of two to five years", as opposed to the ten-year minimum.

**The Chairman:** That proposal is a logical one but I have a little problem with it even yet. I know you are speaking from your experiences as a Crown attorney when you suggest this business of a sentence of two to five years. As you said, the people in Timmins and people elsewhere are very reluctant to convict if they feel that the possible sentence is not in accordance with the facts that are adduced. I am thinking, again, of the case of the elderly woman who killed her husband recently, I think, in Ontario, and then tried unsuccessfully to commit suicide herself.

I just find it very difficult to believe a jury will convict that woman if it entails a jail sentence. If we keep flouting the law, as it were, or giving here, as we did, a suspended sentence — and I do not know whether you agree or disagree with it — nor do I know whether I do myself — but we seem to be constantly moving, making rules and making them tough, and then finding reasons to get around them, or the people find them for us in certain kinds of jury cases.

So I think the idea of another category is good. I am just not quite sure whether, in the circumstances, it should be left to the judge to determine the sentence. I do not know if we would ever do that.

**Senator Keon:** Well, this is interesting because traditionally the colleges have been very hard on doctors who have been convicted of a criminal act. There is another case in Ontario also of a doctor who was convicted under the Criminal Code and is still practising. He got a deferred sentence and is still practising.

So I wonder if there is not a change occurring in the traditional way of dealing with these things in the college. The thing that worried me about "murder three" when Judge Dickens raised it was that if doctors were involved they would, at least, lose their licences to practise for a while if they were convicted of a criminal act, whether it was "murder three" or not.

In some cases, I think they have had very difficult times getting them back. I guess that seems to be changing also.

**Mr. Thomas:** Yes, I agree. The Crown Attorney, in our case, asked the judge specifically to make it a condition of the probation, if he was inclined to grant probation, that the doctor not practise for a certain period of time, but he declined to implement that condition. So it was left then to the college to

[Traduction]

l'accusé à une peine beaucoup moins sévère. Pour ce genre de cas, j'ai proposé une peine de deux à cinq ans d'emprisonnement. Si un jury est présent, j'estime qu'il reviendrait à ce dernier, après avoir reçu les instructions du juge, de décider si l'acte a été commis par compassion ou par altruisme. Une fois que le jury déclare que l'accusé a tué la victime mais a commis cet acte par compassion, le juge peut alors préconiser une peine de deux à cinq ans d'emprisonnement au lieu du minimum de dix ans.

**La présidente:** Cette proposition est logique mais elle me pose encore problème. Je sais que vous nous parlez d'après votre expérience en tant qu'avocat de la Couronne lorsque vous proposez une peine de deux à cinq ans. Comme vous l'avez dit, les gens à Timmins et partout ailleurs hésitent beaucoup à condamner quelqu'un s'ils estiment que la peine possible ne correspond pas aux faits présentés. Je pense ici encore à la dame âgée qui a tué son mari récemment, en Ontario, je crois, puis qui a fait une tentative de suicide.

J'ai beaucoup de difficulté à croire qu'un jury condamnera cette femme si cette condamnation suppose une peine de prison. Si nous continuons à passer outre à la loi ou à prononcer comme nous l'avons fait, une condamnation avec sursis (et je ne sais pas si vous êtes d'accord ou non avec cela, je ne le sais pas moi-même) mais nous semblons fluctuer constamment, établir des règles sévères puis trouver des raisons de les contourner ou ce sont les membres de jurys qui les trouvent pour nous.

Il est donc bon à mon avis d'envisager d'établir une autre catégorie. Je ne suis pas tout à fait sûre, compte tenu des circonstances, s'il faudrait laisser au juge le soin de déterminer la peine à imposer. Je ne sais pas si nous le ferions.

**Le sénateur Keon:** Cela est intéressant car traditionnellement les collèges ont été très durs à l'égard des médecins qui avaient été trouvés coupables d'un acte criminel. Il y a un autre cas en Ontario d'un médecin reconnu coupable en vertu du Code criminel et qui pratique toujours la médecine. Il a fait l'objet d'une condamnation avec sursis et pratique toujours la médecine.

Je me demande par conséquent si la façon dont les collèges traitent traditionnellement ces situations n'est pas en train de changer. Ce qui m'a inquiété à propos de cette troisième catégorie d'homicide, lorsque le juge Dickens l'a soulevée, c'est que si des médecins étaient impliqués, ils perdraient au moins leur licence d'exercice de la médecine pendant un certain temps s'ils étaient reconnus coupables d'un acte criminel, qu'il s'agisse d'un homicide au troisième degré ou non.

Dans certains cas, je pense qu'ils ont eu beaucoup de difficulté à ravoir leur licence. Je suppose que cela est également en train de changer.

**M. Thomas:** Oui, je suis d'accord. Dans notre cas, l'avocat de la Couronne a demandé expressément au juge que l'une des conditions de la probation, s'il choisissait cette option, soit que le médecin ne pratique pas pendant un certain temps mais le juge a refusé d'imposer cette condition. C'est donc au collège de s'en



[Texte]

deal with it. You are right. There may be a change of philosophy. I do not have my finger on the pulse of it but it seems that they are looking less strictly at this type of activity than they might have, say, three or four or five years ago.

**Senator Keon:** I must make a promise, Madam Chair, to call Mike Dickson, who is an old classmate of mine who is head of the Ontario College, and ask him about this trend, because I am really quite surprised. I am very surprised that this man has a licence to practise medicine now.

**Mr. Thomas:** I think I should also say I am not advocating the legalization of euthanasia; neither am I saying I am looking to prosecuting third degree murder. I am just saying that if you feel that the time is right for a change, you have no choice. Because you are going to be flooded by these cases, I would favour this third category. Working through the logistics, the drafting and how it will be implemented; it would be a challenge.

**The Chairman:** May I just ask you one other question. Are you aware of the legal situation in the Netherlands, in the sense that euthanasia is still a crime over there, but it is not deemed to be a crime if certain safeguards and procedures are followed? It works over there for them under their system of law. We are not particularly advocating theirs.

Can you see some way that if they wanted to move, say, to a third category and it would depend on the safeguards as to whether the charge would be laid. In other words, the judge would look at these safeguards and whether these procedures had been followed; can you see anything like that being incorporated into the Criminal Code? So that if anything were ever changed — I guess this is the concern here — that it would have a federal application, in other words, something that could be administered or at least governed at the federal level?

**Mr. Thomas:** Well, I agree it would have to be federal, and I think that you have to have strict guidelines. It seems that where we are combining the options, that you are presupposing that euthanasia is legalized, number one, with strict guidelines and number two —

**The Chairman:** Or even in the case of what you are talking about which are known as mercy killings, this third category presumably.

**Mr. Thomas:** Yes. Well, if mercy killing is legalized, and people are not following the criteria and guidelines as is reported, then I believe, yes, it would involve the criminal justice system, and it may be smart to make it less than second degree murder, that it would be preferable to have it some other category if that is what you are asking. I think that the two would likely have to go together.

At the beginning, I gave some examples of what would happen if otherwise legal mercy killing was illegal because the doctor did not get a second consultation; he got two instead of three, or the living will was not properly executed; does that mean

[Translation]

occuper. Vous avez raison, il y a peut-être un changement de mentalité. Il me semble que l'on considère moins sévèrement ce genre d'activité qu'il y a trois, quatre ou cinq ans.

**Le sénateur Keon:** Je dois faire une promesse, madame la présidente, de téléphoner à Mike Dickson, qui est un ancien camarade de classe maintenant chef du Ontario College, et de l'interroger sur cette tendance car je dois avouer que je suis très étonné. Je suis très étonné que cet homme puisse continuer à pratiquer la médecine.

**M. Thomas:** Je tiens également à préciser que je ne préconise pas de légaliser l'euthanasie, ni d'engager des poursuites pour meurtre au troisième degré. Tout ce que je dis, c'est que si vous estimez qu'un changement s'impose, vous n'avez pas le choix. Comme vous allez être submergés par ce genre de causes, je suis partisan d'établir une troisième catégorie. Ce sera une opération ardue, compte tenu de la logistique que cela comporte, du libellé de la chose et des mécanismes de mise en oeuvre.

**La présidente:** J'aimerais vous poser une autre question. Êtes-vous au courant de la situation juridique aux Pays-Bas, où l'euthanasie est toujours un crime mais n'est pas considérée un crime si certaines mesures de protection et certaines procédures sont suivies? Cela fonctionne pour eux selon leur système de justice. Nous ne préconisons pas particulièrement d'adopter le même système.

Si l'on porter une accusation dans cette troisième catégorie, la mise en accusation dépendrait alors des mesures de protection adoptées. En d'autres mots, le juge examinerait si les mesures de protection et les procédures nécessaires ont été respectées. À votre avis, ce genre de mécanisme pourrait-il être incorporé au Code criminel? Ainsi, si des modifications étaient apportées (car c'est ce qui nous préoccupe ici) elles auraient une application fédérale, en d'autres mots elles pourraient être administrées ou du moins régies à l'échelle fédérale?

**M. Thomas:** Je conviens que leur application devrait être fédérale et j'estime qu'il faudrait prévoir des lignes directrices très rigoureuses. Il semble que si vous conjuguez ces options, à savoir que vous présumez que l'euthanasie est légalisée, en premier lieu, et régie par des lignes directrices rigoureuses et en deuxième lieu...

**La présidente:** Ou même dans le cas dont vous parlez et que l'on qualifie de meurtre par compassion, cette troisième catégorie vraisemblablement.

**M. Thomas:** Oui. Si le meurtre par compassion est légalisé et que les personnes en cause n'ont pas respecté les critères et les lignes directrices établis, j'estime alors que le système judiciaire doit intervenir et il serait préférable que la peine soit moins grave que celle de meurtre au deuxième degré c'est-à-dire de prévoir pour ces causes une autre catégorie, si c'est bien là votre question. À mon avis, il faudrait probablement conjuguer ces deux options.

Au début, j'ai donné certains exemples de ce qui se produirait si le meurtre par compassion légal devenait illégal parce que le médecin n'avait pas obtenu un deuxième avis, ou n'en avait obtenu que deux au lieu de trois, ou que le testament biologique

[Text]

automatically, bang, you are into a full-blown murder trial and second degree murder?

It would seem rather imprudent and foolish to do that. So it would seem that the two would have to go together likely.

**The Chairman:** Did I take all your questions?

**Senator Corbin:** That was the point. Thank you.

**The Chairman:** Mr. Thomas, I thank you very much for your patience in waiting all these hours to appear before us, and we are glad that you were good enough to come down from Timmins. You have been helpful.

**Mr. Thomas:** It was my pleasure to assist.

The committee adjourned at 6:50 p.m.

[Traduction]

n'avait pas été exécuté correctement; cela signifie-t-il automatiquement que vous êtes poursuivi pour meurtre au deuxième degré, avec tout ce qui s'ensuit?

Cela me semblerait plutôt imprudent. Ce sont donc à mon avis deux éléments qui devraient probablement être conjugués.

**La présidente:** Est-ce que cela répond à toutes vos questions?

**Le sénateur Corbin:** C'était ce que je voulais savoir. Je vous remercie.

**La présidente:** Monsieur Thomas, je vous remercie beaucoup d'avoir attendu si patiemment avant de comparaître devant nous. Nous sommes heureux que vous ayez eu la bonté de venir de Timmins. Votre témoignage nous a été très utile.

**M. Thomas:** Je suis très heureux d'avoir pu vous être utile.

Le comité suspend ses travaux à 18 h 50.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

#### APPEARING—COMPARAÎT

The Honourable Diane Marleau, P.C., Minister of Health

L'honorable Diane Marleau, c.p., ministre de la Santé

#### WITNESSES—TÉMOINS

##### *Department of Health Canada:*

André Juneau, Assistant Deputy Minister, Policy and  
Consultation Branch;

Susan Lawson, Policy Analyst;

Judy Ferguson, Director General, Health Policy and  
Information Directorate.

##### *From the University of Sherbrooke, Ethics Committee:*

Dr. Pauline Lesage-Jarjoura;

Dr. Suzanne Philips-Nootens;

Jean Duclos.

##### *From the Office of the Crown Attorney, Timmins, Ontario:*

David Thomas.

##### *Ministère de la Santé:*

André Juneau, sous-ministre adjoint, Direction générale de  
politiques et de la consultation;

Susan Lawson, analyste des politiques;

Judy Ferguson, directrice générale, Direction de l'information  
et de la politique de la santé.

##### *De l'Université de Sherbrooke, comité d'éthiques:*

Mme Pauline Lesage-Jarjoura;

Mme Suzanne Philips-Noontens;

Jean Duclos.

##### *Du Bureau du procureur de la Couronne, Timmins, Ontario:*

David Thomas.





First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

---

SÉNAT DU CANADA

---

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# l'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

---

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

---

Tuesday, December 13, 1994

---

Le mardi 13 décembre 1994

---

Issue No. 30

---

Fascicule n° 30

---

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(or Berntson)

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-Présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(ou Berntson)

*\* Membres d'office*

(Quorum 3)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Tuesday, December 13, 1994  
(45)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met, this day, at 5:00 p.m. in Room 172-E the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman. (7)

*Other Senator present:* The Honourable Senator Desmarais.

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

*Also in attendance:* The Official Reporters of the Senate

**WITNESSES:**

*From the Alberta Indian Health Care Commission:*

Randy Bottle;

Richard Saunders.

*As an Individual:*

Ann Mullens.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 6:45 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:****PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mardi 13 décembre 1994  
(45)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 17 heures, dans la salle 172-E, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

*Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

**TÉMOINS:**

*De l'Alberta Indian Health Care Commission:*

Randy Bottle;

Richard Saunders.

*À titre personnel:*

Ann Mullens.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 45, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

*Greffier du comité*

Gary Levy

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

Ottawa, Tuesday, December 13, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 5 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman (Chairman)** in the Chair.

**The Chairman:** Honourable senators, we have before us today Ms Anne Mullens. Please proceed, Ms Mullens.

**Ms Anne Mullens:** Madam chair and members of the committee, I am honoured to be here, and I hope I can contribute to your complex deliberations on this issue.

There are so many things I wish to say concerning my year at the Atkinson Fellowship but, because of the limited time, I will speak to you about birth control.

It is from the perspective of euthanasia that you can compare the parallels in the birth control debate of the last 150 years to the current euthanasia debate. I should like to emphasize that it is not just abortion that I am speaking about, it is whether you have the right to control the timing of conception, just as people are now asking if you have the right to control the timing of death.

On September 28, during your hearings in Vancouver, Senator Corbin told a witness from the Persons with Aids Association that, while he was listening to him speak, he was wondering what the historical perspective would be. He said:

I ask myself, will some future historian or revisionist historian come back to this day and say we took the facile solution?

I believe we are able to predict, with some accuracy, what will happen in the future to the euthanasia and assisted suicide debate based on what has happened with the birth control debate over the last 150 years. Through this exploration, I think it becomes clear what, for government, is the facile solution and what is the difficult decision. I will take you through it because I think it is illuminating.

Like euthanasia, there are basically three positions on birth control: the religious argument; the impact on society; and the personal autonomy argument.

The religious argument against birth control is that God should determine when life begins, and human beings have no right to control it. Life is a gift from God. That is still the reason why the Roman Catholic Church, fundamentalist Christians, and fundamentalist Islamics still oppose birth control — it is human beings messing in God's territory. This is exactly the same religious argument that is made against euthanasia and assisted suicide today: Human beings are treading on God's turf when we decide to take a life in compassion.

## TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mardi 13 décembre 1994

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit ce jour à 17 heures en exécution de son ordre de renvoi, soit étudier les questions juridiques, sociales et morales liées à l'euthanasie et au suicide assisté et en faire rapport.

**Le sénateur Joan Neiman (présidente)** occupe le fauteuil.

**La présidente:** Honorables sénateurs, nous entendons aujourd'hui Mme Anne Mullens. Madame Mullens, vous avez la parole.

**Mme Anne Mullens:** Madame la présidente, membres du comité, c'est pour moi un honneur que d'être reçue ici et j'espère pouvoir contribuer utilement à vos délibérations sur cette question complexe.

Il y a tant de choses que j'aimerais dire au sujet de l'année que j'ai passée dans le cadre de ma bourse Atkinson mais, vu le manque de temps, je vais vous parler du contrôle des naissances.

En effet, on peut établir un parallèle entre le débat sur le contrôle des naissances qui s'est déroulé au cours des 150 dernières années et le débat actuel sur l'euthanasie. Je souligne que je ne songe pas seulement à l'avortement, mais au droit de contrôler le moment de la conception tout comme on parle actuellement du droit de contrôler le moment de la mort.

Le 28 septembre, lors de vos audiences de Vancouver, le sénateur Corbin a dit à un témoin représentant la *Persons with Aids Association* qu'il se demandait, en l'écoutant parler, quel serait le jugement de l'histoire. Je cite:

Je me demande si quelque historien ou historien révisionniste du futur ne remontera pas jusqu'à nous pour dire que nous avons choisi la solution de facilité?

Je pense que nous pouvons prédire avec pas mal de certitude de la forme que va prendre le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté et qu'il suffit pour cela de regarder le déroulement du débat sur le contrôle des naissances de ces 150 dernières années. Cette mise en parallèle fera apparaître, je pense, ce qui constitue pour l'État la solution de facilité et ce qui est la décision difficile. Je vais vous résumer les arguments car la comparaison est pleine d'enseignements.

Comme dans le cas de l'euthanasie, le contrôle des naissances donne lieu à trois grandes argumentations: l'argument religieux; l'argument des répercussions sociales; l'argument de l'autonomie personnelle.

L'argumentation religieuse contre le contrôle des naissances affirme qu'il appartient à Dieu de déterminer quand la vie va commencer, que les êtres humains n'ont pas le droit de contrôler la conception. La vie est un don de Dieu. Cela reste la raison pour laquelle l'Église catholique, les chrétiens intégristes, de même que les musulmans intégristes, sont opposés au contrôle des naissances. C'est un empiètement des hommes sur le territoire de Dieu. C'est exactement la même argumentation religieuse que l'on oppose aujourd'hui à l'euthanasie et au suicide assisté. Les



[Texte]

The religious arguments against euthanasia also include the restriction imposed by the sixth commandment: "Thou shalt not kill". Note, however, that most religions do allow some exceptions to killing. It is okay to kill in war and self-defence, and interestingly, for some religions, it is okay to kill in capital punishment. However, there can be no exception for killing in mercy or at an individual's request.

While many in government and the medical profession may have shared those religious beliefs against contraception, the reason those institutions did not think contraception should be available was because it was seen as being dangerous to the social fabric. Society would break down if women, in particular, could arbitrarily decide when and if they had a baby. The predictions were that women, en masse, would forego motherhood and the human race would come to an end. The loss of social mores, the removal of a cost to sexual intercourse, would throw society into chaos. This, in its own form, is the slippery slope argument of euthanasia. It is too risky to allow individual choice about death because of the impact it would have on the rest of society.

It is important to note that most of the witnesses who have appeared before you — and I have read all the testimony — opposing any change to the law have used the fear of abuse and the risks to society of euthanasia, even when the reason they oppose it is a religious belief. I think that is because, in our increasingly secular society, both the public and the government are no longer really convinced of the religious argument. Besides, we know that we are not supposed to let the religious argument enter into public policy and influence our laws. However, we are still persuaded by the risks of abuse.

Many of your witnesses, when they say they fear abuse, do not believe that human beings have a right to do this. That is not to say that those religious beliefs are not legitimate. I believe the religious beliefs against euthanasia are legitimate, but we have to ask to what extent should they affect public policy and how other people act.

Finally, in the birth control debate, there were those people — who started out small in number but whose ranks grew and grew — who believed that individuals did have the right to control birth and information, and that medical access should be put in their hands to do with it as they would; and that government's role in debate was not to forbid it, but to protect and regulate the access, the quality of services, to enforce standards and safety, and to ensure plurality of choice so that those against birth control for religious reasons would not be forced to use it or be denied services or equal treatment because of their beliefs; and that those wanted it could have it safely and effectively.

[Translation]

hommes empiètent sur le terrain de Dieu lorsque nous décidons de mettre fin à une vie par compassion.

L'argumentation religieuse contre l'euthanasie fait intervenir également le sixième commandement: «Tu ne tueras point». Il est à noter, toutefois, que la plupart des religions autorisent quelques exceptions à cet interdit. On peut tuer dans une guerre et pour se défendre, et curieusement certaines religions n'ont rien contre la peine de mort. Cependant, aucune exception n'est possible s'il s'agit de tuer par compassion ou à la demande de l'intéressé.

Si beaucoup d'hommes politiques et de médecins ont pu adhérer à ces croyances religieuses militant contre la contraception, la raison pour laquelle ces institutions la refusaient était qu'elle était considérée comme dangereuse pour le tissu social. La société s'effondrerait si les femmes, en particulier, pouvaient décider arbitrairement quand avoir et ne pas avoir d'enfants. On prédisait que les femmes renonceraient en masse à la maternité, si bien que la race humaine disparaîtrait. La dissolution des mœurs, la suppression de la sanction de l'acte sexuel allaient semer le chaos dans la société. C'était là le pendant de l'argument de la pente glissante opposé à l'euthanasie. En effet, on nous dit qu'il serait trop risqué d'autoriser le choix individuel sur la mort à cause des répercussions que cela aurait sur le reste de la société.

Il importe de signaler que la plupart des témoins opposés à toute modification de la loi qui ont comparu devant vous (et j'ai lu tous les témoignages) invoquent le risque d'abus et les conséquences de l'euthanasie sur la société, même si la raison de leur opposition est de nature religieuse. Je pense qu'il en est ainsi parce que, dans notre société de plus en plus laïque, ni le public ni le gouvernement ne sont plus vraiment convaincus par l'argument religieux. D'ailleurs, nous savons que nous ne sommes pas censés laisser les considérations religieuses déterminer la politique publique et nos lois. Cependant, nous nous laissons encore persuader par les risques d'abus.

Bon nombre de vos témoins, lorsqu'ils disent craindre les abus, ne pensent pas en fait que les êtres humains aient le droit de faire cela. Cela ne veut pas dire que ces croyances religieuses ne soient pas légitimes. Je pense que l'argumentation religieuse contre l'euthanasie est légitime, mais nous devons nous demander dans quelle mesure elle doit déterminer la politique publique et la façon dont les autres peuvent agir.

Enfin, dans le débat sur le contrôle des naissances, il y avait ceux (qui étaient d'abord une petite minorité mais dont le nombre n'a cessé de grandir) qui considéraient que les individus avaient le droit de contrôler la naissance et l'information, et que l'accès médical devait leur être offert afin qu'ils en disposent selon leur conscience, que le rôle de l'État dans ce débat n'était pas d'interdire la contraception, mais de protéger et réglementer l'accès, la qualité des services, d'imposer des normes et la sécurité et d'assurer la pluralité des choix afin que ceux opposés au contrôle des naissances pour des raisons religieuses ne soient pas contraints de l'exercer ou ne se voient pas refuser des services ou un traitement égal en raison de leurs croyances et que, au contraire, ceux qui voulaient y avoir recours puissent le faire dans de bonnes conditions et en toute sécurité.



## [Text]

I figure that right now in the euthanasia debate we are about at 1910 or 1915 in the birth control debate. People are forming their own organizations, writing books and pamphlets to give information to patients. The Netherlands, having a long history in personal autonomy, has been doing it for a couple of decades. As you may know, the Netherlands was the first place to offer birth control in 1876. A few high-profile individuals are being tried by juries, but they are becoming more reluctant to commit, like the Marie Stopes and Margaret Sangers of the world, or the Jack Kevorkians and Sue Rodriguez.

The medical profession, on the whole, opposes euthanasia, but a growing number of doctors are having doubts about it. Some are even doing it, but keeping their heads low.

The government, afraid of controversy, afraid of change, afraid of taking the lead and handling such a no-win situation, evades the issue or maintains the status quo. Just like the British House of Lords and its report on euthanasia has done and the New York State Commission's report on the same topic, statutes prohibiting birth control stayed on our books until 1969, long after the laws had lost all meaning. Is that what will happen to euthanasia?

What will happen if governments do nothing? I think there will be increasing challenges to the legislation, but juries and judges will become increasingly reluctant to commit. The law will become unenforceable or meaningless. Perhaps, as is happening in B.C., prosecutors will believe there is little public interest in a prosecution and no likelihood of conviction, so they will not pursue charges and turn a blind eye. The situation will be wide open, with no scrutiny, no record keeping or formal system of compliance. The beast will be out of the box and no one will have put a leash on it, and the opportunity to put a leash on it will have passed. That, I think, is the real slippery slope.

There is no question that the availability of contraception has changed our society and the nature of male-female relationships. Some will argue that some of the predictions came true. There is less permanence to relationships and more frequent changing of partners. Women have entered the workforce in much larger numbers, but they have not destroyed it, as was predicted.

The availability of euthanasia and assisted society will change our society, but we have to ask whether it will change it for the better or for the worse. Would any of you go back to an era without birth control, or would your wives or daughters?

What is most revealing about comparing euthanasia and assisted suicide to the birth control movement is particularly how it is neither good nor evil, but it is how you control it that becomes good or evil. When it is taken out of the individual's hands, it can be abused and can in fact be evil. If I choose to be sterilized, that is one thing; but if a doctor, without asking me, sterilizes me or if the government requires that I be sterilized in

## [Traduction]

Je pense que le débat sur l'euthanasie en est actuellement là où se situait le débat sur le contrôle des naissances en 1910 ou 1915. On voit se constituer des organisations, on voit publier des livres et des pamphlets pour informer les patients. Les Pays-Bas, qui ont une longue histoire d'autonomie personnelle, autorisent l'euthanasie depuis une vingtaine d'années. Comme vous le savez peut-être, les Pays-Bas ont été aussi les premiers à autoriser le contrôle des naissances en 1876. Quelques procès retentissants sont intentés dans le monde, à des Marie Stopes et des Margaret Sangers, à des Jack Kevorkians et des Sue Rodriguez, mais les jurés sont de plus en plus réticents à s'engager.

La profession médicale, dans l'ensemble, est opposée à l'euthanasie, mais un nombre croissant de médecins commencent à douter. Certains la pratiquent même, mais sans le crier sur les toits.

Les gouvernements, par peur de la controverse, par peur du changement, par peur de prendre l'initiative dans une telle situation où ils ne peuvent gagner, éludent le problème ou maintiennent le statu quo. Tout comme la Chambre des lords britannique l'a fait dans son rapport sur l'euthanasie et la Commission de l'État de New York dans son rapport sur le même sujet, on a laissé les lois interdisant le contrôle des naissances en vigueur jusqu'en 1969, bien après qu'elles aient perdu toute signification. La même chose va-t-elle arriver avec l'euthanasie?

Que se passera-t-il si les gouvernements ne font rien? Je pense que ces lois seront de plus en plus contestées, mais que les jurés et les juges deviendront de plus en plus réticents à sanctionner. La loi deviendra de plus en plus inapplicable ou dénuée de sens. Peut-être, comme on le voit déjà en Colombie-Britannique, les procureurs penseront-ils que le public n'est plus guère intéressé à poursuivre et qu'il n'y a guère de perspective d'obtenir une condamnation, si bien qu'ils renonceront à inculper et fermeront les yeux. Ainsi, le laisser-faire régnera, sans surveillance, sans formalité ou sans aucun système de contrôle. Le fauve sera lâché, nul ne lui aura posé de laisse et la possibilité de lui mettre une laisse sera passée. Voilà, je pense, la véritable pente glissante.

Il ne fait aucun doute que la disponibilité de la contraception a changé notre société et la nature des rapports entre les hommes et les femmes. D'aucuns diront que certaines des prédictions se sont avérées. Il y a moins de permanence dans les relations de couples, on change plus fréquemment de partenaire. Les femmes sont entrées en force sur le marché du travail, mais sans le détruire, comme on l'annonçait.

La disponibilité de l'euthanasie et du suicide assisté vont changer notre société, mais il faut se demander si ce sera pour le mieux ou pour le pire. Y en a-t-il parmi vous qui aimeraient revenir à l'époque où le contrôle des naissances n'existait pas, ou bien vos femmes ou vos filles le voudraient-elles?

Ce qui est le plus révélateur dans la comparaison entre l'euthanasie et le suicide assisté et le contrôle des naissances, c'est que ni l'un ni l'autre ne sont bons ou mauvais en soi, que tout dépend de la façon dont on les exerce. Lorsque la décision est enlevée aux individus, il peut y avoir des abus et ce peut effectivement être un mal. Si je choisis de me faire stériliser, c'est une chose; mais si un médecin, sans me demander mon avis, me



[Texte]

order to receive services or medical coverage, or if my insurance company will not cover my medical expenses unless I am sterilized, those are all abuses of that power. The same act can have an entirely different meaning.

Unfortunately, in the last century, that sort of thing has happened with birth control, quite frequently. We had forced sterilization of the feeble-minded in Canada; China's one-child policy; and India's coercive program of birth control. Those were done for the so-called "good of society".

In such a way, euthanasia and assisted suicide is neither evil nor good — it is how it is used. While we must be very wary of the slippery slope, we have to identify the location of that slippery slope. As I had one doctor say to me: "All of medicine is a slippery slope".

If we take euthanasia out of the hands of individuals, that is when it becomes very dangerous. If doctors can decide without patient or family input that someone would be better off dead, or if an insurance company can require — if I am terminally ill — that I have euthanasia or they will not cover my long-term care, then euthanasia becomes dangerous. However, government can prevent that by setting up procedures.

Will we avoid the danger of the slippery slope at the end of life if we do nothing? I do not think so because we are starting to see aspects of the slippery slope right now, and we see the direction we will be heading in if we do nothing. It is more dangerous if we do nothing.

Let us consider what has happened in Britain. Earlier this year, the House of Lords committee made recommendations. It put its support behind palliative care saying that the interests of the individual cannot be separated from society. At the same time — and I was in England at this time — things were happening. The BBC revealed in a documentary which indicated that it was routine for doctors in the NHS hospitals to place "do not resuscitate" orders on elderly patients without discussing the orders, even if the elderly person was competent, or without telling the patient and his or her family that the order was on the chart.

It was also revealed in an investigative piece this fall in the *Sunday Times* that as many as 50,000 of 200,000 senile elderly in the nursing homes in Britain would not be getting flu shots this fall and that doctors would be making the decision. I know that both CPR and flu shots for someone who is senile and elderly would probably be considered futile treatment, but how can we justify not telling the family or patient that this decision has been made if the patient is competent? Is there any excuse for that?

In Britain, we have also started to see age rationing where people are denied treatment for things like dialysis and heart operations based on age, not on their competency or whether or not they want it. In England, doctors are suggesting that

[Translation]

stérilise ou si le gouvernement exige que je sois stérilisée pour bénéficier de services ou être couverte par l'assurance-maladie, ou si ma compagnie d'assurance refuse de couvrir mes frais médicaux si je ne suis pas stérilisée, ce sont là des abus de pouvoir. Le même acte peut avoir une signification entièrement différente.

Malheureusement, au cours du siècle écoulé, cette sorte de chose a été pratiquée dans le cas du contrôle des naissances, assez fréquemment. Nous avons vu la stérilisation forcée des faibles d'esprit au Canada; l'interdiction d'avoir plus d'un enfant en Chine; et le programme coercitif de contrôle des naissances de l'Inde. Tout cela a été fait pour le «bien de la société», soi-disant.

De la même façon, l'euthanasie et le suicide assisté ne sont ni bons ni mauvais — tout dépend de l'usage que l'on en fait. S'il faut se méfier beaucoup de la pente glissante, il faut prendre soin d'identifier où se situe cette pente glissante. Comme un médecin me l'a dit: «Toute la médecine est une pente glissante».

Si l'on enlève l'euthanasie des mains de l'individu, c'est là qu'elle devient très dangereuse. Si les médecins peuvent décider sans l'avis du patient ou de la famille que quelqu'un serait mieux mort, ou si une compagnie d'assurance peut exiger (si je suis atteinte de maladie terminale) que je sois euthanasiée sous peine de ne pas couvrir mes soins à long terme, alors l'euthanasie devient dangereuse. Cependant, le gouvernement peut prévenir cette dérive en instituant des procédures.

Allons-nous éviter le danger de la pente glissante à la fin de la vie si nous ne faisons rien? Je ne le pense pas, car nous commençons déjà à voir des dérapages aujourd'hui et nous voyons la direction dans laquelle nous allons glisser si nous ne faisons rien.

Regardez ce qui se passe en Grande-Bretagne. Au début de l'année, le comité de la Chambre des lords a formulé des recommandations. Il s'est prononcé en faveur des soins palliatifs, disant que les intérêts de l'individu sont inséparables de ceux de la société. Mais dans le même temps (et je me trouvais en Angleterre à cette époque) on a vu se passer diverses choses. La BBC a révélé dans un documentaire que les médecins des hôpitaux du service national de santé inscrivaient routinièrement «ne pas réanimer» sur les feuilles de soins des patients âgés sans en parler, ni avec le patient s'il avait ses facultés, ni avec la famille.

Une enquête publiée cet automne dans le *Sunday Times* a également révélé qu'entre 50 000 et 200 000 personnes âgées séniles, dans les foyers de vieillards de Grande-Bretagne, ne seraient pas vaccinées contre la grippe cet automne et que les médecins prendraient seuls la décision. Je sais que la réanimation et les vaccins contre la grippe pour un vieillard sénile seraient sans doute considérés comme un traitement futile mais comment justifier l'absence d'information de la famille ou du patient, si le patient a ses facultés? Peut-on excuser cela?

En Grande-Bretagne, on commence également à voir un rationnement des services médicaux, où l'on refuse à des patients des traitements comme la dialyse et des opérations cardiaques sur la base de leur âge, et non de leurs facultés ou de leurs désirs. En

## [Text]

individuals who smoke be denied cardiac surgery. Is this not a dangerous slippery slope?

On October 15, the Canadian Medical Association released its joint statement on resuscitative interventions, or CPR. It is a very good and reasoned document, but one line concerns me. It reads:

As a general rule, a person should be involved in determining the futility in his or her case. However, there may be circumstances in which such discussions are not in the best interests of the patient.

That phrase, "the best interests of the patient", should cause us concern; and we should be wary of it.

In 1960, when doctors were surveyed in the U.S., 80 per cent believed it was not in the best interests of the patient to tell them they had cancer. In Japan right now, it is still common practice that Japanese doctors do not tell their patients that they have cancer because it is thought not to be in the patient's best interest.

Where is the slippery slope? The danger lies in paternalism, in telling people we know what is best for them, whether we like it or not. The danger comes from not putting the power in the hands of people or at least having a shared responsibility.

In its September 17 publication, the *Economist* ran an editorial on euthanasia. I wish I had written it because it is very well written. It summed up the slippery slope argument in the following way:

The slippery slope argument deserves to be taken seriously. But some of those who advance it teeter precariously on a much more slippery slope of their own.

The rights of the individual, they say, must be balanced against the interests of society: the taking of a life, at the patient's request, may seem acceptable in particular circumstances, but must be forbidden because it attacks values that bind society together. This way of thinking seems likable on the surface, but it sets the rights of an individual at a nought: in that respect, it is philosophically related to the view that society should exterminate those who are a burden upon it. People who put society above the individual are indeed well advised to be wary of assisted suicide. But put the individual's freedoms first, and the slope looks much less threatening.

You have had many witnesses tell you that, if you open the door, you will see an undermining of care for the dying, an undermining of palliative care. Those concerns need examination. One witness, Patricia Rodney of B.C., described to you how one of her patients, an elderly man on dialysis, told the medical staff that he had had enough, that he wanted to stop dialysis and bring about his certain death. She described how the perplexed team of caregivers took a couple of days of discussion with the patient until he finally revealed that he was afraid that he was a burden. Then the team knew what to do. They arranged home care for him

## [Traduction]

Angleterre, des médecins préconisent de refuser les opérations du coeur aux fumeurs. N'est-ce pas là une pente glissante dangereuse?

L'Association médicale canadienne a publié le 15 octobre sa déclaration sur les interventions de réanimation, la réanimation cardio-pulmonaire. C'est un excellent document très bien raisonné, mais un passage me préoccupe. Il dit:

En règle générale, le patient devrait participer à la détermination de la futilité d'un traitement dans son cas. Cependant, il peut exister des cas où une telle discussion n'est pas dans le meilleur intérêt du patient.

Cette expression «le meilleur intérêt du patient» est inquiétante et il y a lieu de se méfier.

En 1960, dans un sondage aux États-Unis, 80 p. 100 des médecins estimaient qu'il n'était pas dans le meilleur intérêt du patient de lui dire qu'il était atteint de cancer. Aujourd'hui encore, au Japon, il est courant que les médecins ne disent pas à leurs patients qu'ils ont le cancer parce que ce ne serait pas dans leur meilleur intérêt.

Où est la pente glissante? Le danger réside dans le paternalisme, dans le fait de dire aux gens que nous savons ce qui est le mieux pour eux, que cela leur plaise ou non. Le risque réside dans le fait de ne pas donner le pouvoir aux malades, ou du moins de ne pas partager la responsabilité avec eux.

Dans son numéro du 17 septembre, l'*Economist* avait un éditorial sur l'euthanasie. J'aurais voulu l'avoir écrit moi-même, car il est très éloquent. Il résumait ainsi l'argument de la pente glissante:

L'argument de la pente glissante mérite d'être pris au sérieux. Mais certains de ceux qui l'invoquent vacillent dans un équilibre précaire sur une autre pente encore plus glissante.

Les droits de l'individu, disent-ils, doivent être pondérés par rapport aux intérêts de la société: ôter la vie, à la demande du patient, peut sembler acceptable dans des cas particuliers, mais doit rester interdit car cela sape des valeurs qui forment la trame du tissu social. Ce raisonnement se tient en apparence, mais il réduit à néant les droits de l'individu: à cet égard, il est philosophiquement assimilable à l'idée que la société puisse exterminer ceux qui représentent un fardeau pour elle. Ceux qui placent la société avant l'individu ont effectivement lieu de se méfier du suicide assisté. Mais placez en tête les libertés individuelles et la pente paraît beaucoup moins dangereuse.

Nombre de témoins vous ont dit qu'ouvrir la porte serait saper les soins aux mourants, saper les soins palliatifs. Cela mérite réflexion. Un témoin, Patricia Rodney de Colombie-Britannique vous a relaté le cas d'un de ses patients, un homme âgé placé en dialyse, qui a dit à ses soignants qu'il en avait assez, qu'il voulait arrêter la dialyse, ce qui entraînerait sa mort certaine. Elle a raconté que l'équipe de soignants, perplexe, en a discuté avec le patient pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que ce dernier finisse par révéler qu'il craignait être un fardeau. L'équipe alors savait quoi faire. Elle a organisé des soins à domicile pour lui et sa



## [Texte]

and his wife, and he lived for four years. She went on to say that if euthanasia had been available, he would have been dead.

I have a completely different interpretation of those events. I think that it was because he had a right to refuse treatment. That was his decision to make. When he made that decision, everyone sat up and took notice. They said, "He wants to die. Oh, my. He must be serious. What do we do?" They investigated and found a solution.

Imagine, instead, if that man had been dying of cancer and had requested that they stopped treatment. He could have been undergoing palliative care with no treatment he could stop to bring about his death. If he had suggested that he wanted to die, as many people in Canada do now, he probably would have done it very slyly, not wanting to be forward with the doctor because he would not want the doctor to get in trouble. He would be feeling it out carefully. The doctor might say, "I am sorry, that is illegal," and the conversation would stop.

Like a patient I know, he might go home and put a bullet in his head. He might decide to kill himself, as you heard, with a plastic bag. That may have failed and then he would have the palliative caregivers tell him that, if he is going to try it again, would he kindly withdraw from the program. Patients are so afraid of bringing up the topic with doctors in case the doctor withdraws from them or their family skulks around reading *Final Exit*, or hoarding medication, or pooling their sleeping pills.

Does any discussion take place about what is really behind this request? It does not.

I feel that, if we recognize that an individual has the right to choose, and the person actually exercises that right, his medical team would sit up and take notice, or they should. That is what could happen if government sets that up as part of their procedure. As one Dutch doctor said to me, "Euthanasia is not an act, it is a process".

I come to my final point: a comparison with birth control. If you give the right to control timing of death to individuals, will it improve dying or worsen dying? If you look at the birth control debate, when you acknowledge that people have rights, you recognize an empowerment. We have seen the flowering of an empowerment of pregnancy in the last 25 years: Prenatal classes; books and education for the pregnant woman; paid maternity leaves; paid paternity leaves; and labour rooms that look like homes. I can decide to have an abortion or avoid pregnancy, but I can also decide to revel in pregnancy and birth.

In 1920, when my grandmother was eight months pregnant with her first child, she sneaked into the back of a church to watch her brother get married, and she sneaked back out again before anyone saw her because it was considered to be improper for a pregnant woman to be seen in public. That is why pregnancy was called "confinement". She did not know what was happening to

## [Translation]

femme et il a vécu encore quatre ans. Elle ajouta que si l'euthanasie avait été permise, il serait mort.

J'ai une interprétation totalement différente de ces événements. Je pense que c'est parce qu'il avait le droit de refuser le traitement. Cette décision lui appartenait. Lorsqu'il a pris cette décision, tout le monde a été contraint de s'interroger. Ils se sont dits: «Mon Dieu, il veut mourir. Il parle sérieusement. Que faisons-nous»? Ils ont réfléchi et ils ont trouvé une solution.

Imaginez, à la place, que cet homme mourait d'un cancer et avait demandé l'interruption du traitement. Il pouvait se trouver en soins palliatifs, sans traitement qu'il pouvait interrompre pour amener sa mort. S'il avait préféré mourir, comme c'est le cas de beaucoup de gens au Canada aujourd'hui, il aurait probablement abordé le sujet de façon très détournée, sans s'en ouvrir franchement au médecin pour ne pas lui causer des ennuis. Il aurait lancé quelques coups de sonde prudents. Le médecin aurait dit: «Désolé, c'est illégal» et la conversation se serait arrêtée là.

Il aurait pu alors rentrer chez lui, comme un patient que je connais, et se tirer une balle dans la tête. Il pouvait décider de se tuer, comme un autre patient dont on vous a parlé, avec un sac en plastique sur la tête. Il aurait pu rater son coup et alors le personnel des soins palliatifs lui aurait dit que s'il allait réessayer de bien vouloir se retirer du programme. Les patients ont tellement peur d'aborder le sujet avec leur médecin au cas où celui-ci les rejette, ou bien les membres de leur famille lisent furtivement *Final Exit* ou accumulent des stocks de médicaments ou mettent en commun leurs somnifères.

Y a-t-il alors une discussion sur ce qui motive réellement cette demande? La réponse est non.

Il me semble que si l'on reconnaît que l'individu a le droit de choisir, et que la personne demande à exercer ce droit, son équipe médicale va sursauter et prêter attention, ou du moins le devrait. C'est ce qui se passerait si le gouvernement organisait quelque chose en ce sens, dans le cadre de la procédure. Ainsi qu'un médecin néerlandais me l'a dit: «L'euthanasie n'est pas un acte, c'est un processus».

J'en viens au dernier point: la comparaison avec le contrôle des naissances. Si vous donnez le droit de contrôler le moment de la mort aux individus, est-ce que cela va améliorer le passage de la vie à la mort ou bien l'empirer? Si vous regardez le débat sur le contrôle des naissances, lorsque vous reconnaissez que les gens ont des droits, vous leur donnez en même temps un pouvoir. On a vu ainsi toute une floraison de progrès entourant la grossesse au cours des 25 dernières années: cours de préparation à l'accouchement; manuels et information des femmes enceintes; congés de maternité payés; congés de paternité payés; des salles d'accouchement conviviales. Je peux décider de me faire avorter ou d'éviter la grossesse, mais je peux aussi choisir de m'épanouir dans la grossesse et l'accouchement.

En 1920, lorsque ma grand-mère était enceinte de huit mois de son premier enfant, elle a assisté au mariage de mon frère en cachette, du fond de l'église, parce qu'on jugeait inconvenant, à l'époque, qu'une femme enceinte se montre en public. C'est pourquoi on disait d'une femme enceinte qu'elle était «confinée». Elle ne savait pas ce qui lui arrivait. Elle ne savait pas où se



## [Text]

her. She did not know how to get information. She was frightened and alone. It was much like death is today. Doctors were uncomfortable talking about it. Medical schools did not teach it. Now they teach about birth, but not so much about death. It is shrouded in taboo. People die alone and frightened. When my grandmother saw her granddaughters wearing maternity business clothes and on the beach pregnant in bathing suits reading detailed books about every aspect and stage of pregnancy, she thought it was wonderful. Is this flowering and empowerment around birth just a coincidence? I do not think so.

Now we are seeing how that empowerment in the dying process is happening in the Netherlands. When I was in Holland, I asked a nurse in an old age home if she had seen a difference in the care of the elderly since euthanasia became available. She told me she had. This nurse actually thought she would not have euthanasia for herself, but she said, "Ten years ago we used to say to a patient, 'Now you do this; now you do that; now you go to bed; now you eat this.' Now we say, 'We have an idea; what do you think?'" There is talk, and they are working out what is the best for the patient.

In Holland now, funeral homes are offering innovative services such as setting up a refrigerated coffin in a home for as long as anyone wants so that people can say good-bye on their own time and in their own way. Spurred by criticism that palliative care was not adequate in the Netherlands, in the last three years since the Rummelink report, the government has required that every regional hospital and cancer centre in Holland has a fully funded pain team. Pain and symptom research now receive designated funding in the budget. The availability of home nursing has been ensured for all. Every physician in the country has received a 64-page manual on pain management. Likewise, independent groups, usually religious groups, are founding hospices and offering an alternative to euthanasia. They are full. It is still not perfect, but I think dying, on the whole, is getting better in the Netherlands.

Will this flowering and empowerment happen in Canada? I believe so. Will it happen if we do not have euthanasia legislation? I do not think so. Yesterday, Diane Marleau told you that there was no new money in the federal coffers for palliative care. Everyone pays lip service to palliative care, and it is a wonderful service, but who is paying for it? If I honestly thought that changing the laws would undermine palliative care, I would not suggest it, but I actually believe such a change would improve palliative care because it would give palliative care the clout it needs to give services to the dying.

Euthanasia statistics could be a bellwether for how well we are delivering palliative care. If certain regions of the country had a higher than average number of requests for euthanasia, it could be

## [Traduction]

renseigner. Elle était effrayée et isolée. Cela ressemblait beaucoup à la mort aujourd'hui. Les médecins étaient gênés d'en parler. Les facultés de médecine ne l'enseignaient pas. Aujourd'hui, on parle volontiers de la naissance, mais pas tant de la mort. La mort reste encore entourée de tabous. Les gens meurent dans la solitude et la frayeur. Lorsque ma grand-mère a vu ses petites-filles porter des vêtements de maternité pour aller travailler, et se montrer à la plage en maillot de bain et enceintes, lire des livres détaillés sur chaque aspect et stade de la grossesse, elle a trouvé cela merveilleux. Est-ce que cette floraison de services et de pouvoir entourant la naissance n'est qu'une coïncidence? Je ne le pense pas.

Nous voyons déjà aux Pays-Bas les progrès induits par ce pouvoir donné aux individus dans le processus de la mort. Lorsque j'étais aux Pays-Bas, j'ai demandé à une infirmière d'un foyer de vieillards si elle avait constaté une différence dans les soins donnés aux personnes âgées depuis la légalisation de l'euthanasie. Elle m'a répondu par l'affirmative. Cette infirmière ne pensait pas vouloir de l'euthanasie pour elle-même, mais elle m'a dit: «Il y a dix ans, nous disions à un patient: fais ceci, fais cela, va te coucher, mange ceci». Aujourd'hui, nous disons: «Nous avons une idée, qu'en pensez-vous»? Il y a un dialogue et l'on détermine ce qui est le mieux pour le patient.

Aux Pays-Bas aujourd'hui, les salons funéraires offrent des services innovateurs tels que l'installation d'un cercueil réfrigéré dans une maison pour aussi longtemps que la famille le souhaite, afin que les gens puissent faire leurs adieux à la personne décédée, à leur façon, et en prenant leur temps. Aiguillonné par les critiques adressées aux soins palliatifs aux Pays-Bas, au cours des trois années écoulées depuis le rapport Rummelink, le gouvernement a exigé de chaque hôpital régional et centre oncologique des Pays-Bas qu'il possède une équipe de traitement de la douleur disposant de toutes les ressources voulues. La recherche sur la douleur et les symptômes bénéficie aujourd'hui de crédits spécifiques inscrits au budget. On garantit à tous les soins infirmiers à domicile. Chaque médecin du pays a reçu un manuel de 64 pages sur le traitement de la douleur. De même, des groupes indépendants, habituellement des groupements religieux, fondent des hospices et offrent une alternative à l'euthanasie. Ils sont pleins. Tout cela n'est pas encore parfait, mais je pense que, dans l'ensemble, le sort des mourants s'améliore aux Pays-Bas.

Est-ce que cette même floraison de services et de responsabilisation se produira au Canada? Je le pense. Se produira-t-elle si nous ne légalisons pas l'euthanasie? Je ne le pense pas. Hier, Diane Marleau vous a dit qu'il n'y a pas de crédits nouveaux dans les coffres fédéraux pour les soins palliatifs. Tout le monde vante les soins palliatifs, et c'est un merveilleux service, mais qui accepte de payer? Sincèrement, si je pensais que la modification de la loi allait nuire aux soins palliatifs, je ne la prônerais pas, mais je pense au contraire qu'un tel changement améliorerait les soins palliatifs car ces derniers auraient alors le poids dont ils ont besoin pour servir les mourants.

Les chiffres de l'euthanasie pourraient être un étalon pour juger de la qualité des soins palliatifs. Si certaines régions du pays connaissaient un nombre supérieur à la moyenne de demandes



*[Texte]*

a signal to take a closer look at what services are available there. If a nursing home in Toronto had ten times the requests for euthanasia than other nursing homes in its region, that would prompt a closer look at that nursing home, or at least it could if government requires that those statistics and that information be public knowledge.

I think the government could set aside a minimum designated amount for pain research and palliative care as an aspect of delivering euthanasia or having euthanasia.

I hope you can see by this comparison with birth control what the easy solution is, and I believe that is to retain the status quo. It is much more difficult to understand the reluctance of people to deal with this issue, but the aspects and forces of personal autonomy are at work here, and they are only going to become greater. It is much more difficult to see where the dangers lie, and then, as government, to do something about it to ensure that this evolution takes place with regulations, scrutiny, and safety.

I would be happy to receive your questions.

**Senator Carstairs:** You have certainly focused on the slippery slope argument in quite a different way from what has been presented to us before. I was particularly interested in your comments, however, about the growth of palliative care in the Netherlands since the Rummelink report, because witnesses who have spoken about the Dutch situation have told us that there is less heroin use in the Netherlands than there is in other communities.

Do you have any idea what additional financial resources the government of the Netherlands is putting into palliative care?

**Ms Mullens:** I do not have budgetary figures on that. However, what is important is the difference between Britain and the Netherlands in actually offering palliative care. In Britain, it seemed that the growth of palliative care occurred because it was not available in hospitals. They set up hospices, which were often religiously based, to deal with the aspect that the NHS was not dealing with: dying.

In Holland, they have an extensive system of nursing homes. It is almost like palliative care medicine in that they have a separate designation, but they do not have separate hospices. They do not have that sort of Canadian or British model.

I went into all sorts of different places, and I did not see people suffering from pain. One nursing home that I went into had many terminal cancer patients, and the pain those people were suffering was very well controlled. I went to St. Christopher's with Dame Cicely Saunders, and she told me that, if they have a situation where the pain cannot be controlled, they will ask the patient's permission, or they will make the choice to put that person into a coma by using drugs.

*[Translation]*

d'euthanasie, ce pourrait être un signal d'alarme incitant à regarder de plus près les services qui y sont disponibles. Si un foyer de vieillards de Toronto avait dix fois plus de demandes d'euthanasie que les autres de la région, cela amènerait à s'intéresser de plus près à ce qui s'y passe, ou du moins ce serait le cas si l'on exigeait que ces statistiques et ces renseignements soient rendus publics.

Je pense que le gouvernement pourrait, dans le cadre de la légalisation de l'euthanasie, réserver un montant minimal à la recherche sur le traitement de la douleur et aux soins palliatifs.

J'espère que cette comparaison avec le contrôle des naissances aura mis en évidence ce qu'est la solution de facilité, et je pense qu'elle réside dans le maintien du statu quo. Il est beaucoup plus difficile de comprendre la réticence des gens à affronter cette question, mais l'on voit à l'oeuvre les aspirations à l'autonomie personnelle et elles ne feront qu'aller en grandissant. Il est beaucoup plus difficile de discerner les dangers et il incombe au gouvernement de veiller à ce que cette évolution soit encadrée et contrôlée afin qu'elle se déroule dans de bonnes conditions de sécurité.

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le sénateur Carstairs:** Vous avez certainement jeté un éclairage différent sur l'argument de la pente glissante que les témoins qui vous ont précédée. Mais j'ai été particulièrement intéressée par ce que vous avez dit de la croissance des soins palliatifs aux Pays-Bas depuis le rapport Rummelink, car les témoins qui nous ont parlé de la situation néerlandaise nous ont dit que l'on y utilise moins l'héroïne que dans d'autres pays.

Avez-vous une idée des ressources financières supplémentaires que le gouvernement des Pays-Bas contribue aux soins palliatifs?

**Mme Mullens:** Non, je n'ai pas de chiffres sur les crédits budgétaires. Cependant, il faut signaler la différence entre la Grande-Bretagne et les Pays-Bas quant au cadre dans lequel les soins palliatifs sont dispensés. En Grande-Bretagne, il semble que la croissance des soins palliatifs soit intervenue parce qu'ils n'existaient pas dans les hôpitaux. On a créé à cet effet des hospices, souvent sur une base religieuse, pour s'occuper de cet aspect que négligeait le service national de santé, à savoir le passage de la vie à la mort.

En Hollande, il existe un réseau développé de foyers pour personnes âgées. C'est presque un peu comme la médecine palliative, sauf qu'il n'existe pas d'hospices distincts pour ces soins. Ce n'est pas le modèle des hospices canadiens ou britanniques.

J'ai visité toutes sortes d'endroits et je n'ai pas vu de patient en proie à la souffrance. Dans un foyer de soins infirmiers j'ai vu beaucoup de patients atteints de cancer terminal et leur souffrance semblait être bien contrôlée. Je suis allée à St. Christopher avec M<sup>me</sup> Cicely Saunders et elle m'a dit que s'il était impossible de contrôler la douleur chez un patient, on lui demandait la permission d'induire un coma artificiel ou bien on faisait ce choix pour lui.

## [Text]

That does not happen in the Netherlands. That usually would be a case where that person would ask to die. I think the criticism is probably true that the Netherlands could do more for palliative care, but they are very concerned about that and they are doing more about it. It does not happen overnight.

I visited a hospice run by a religious group, and the people there were adamant that they did not agree with euthanasia. They were administering standard palliative care. This started in the last year, and they are getting great support from the surrounding community, even from those who believe in euthanasia. The doctor who runs the institute told me that he thought it was good that he could speak openly about euthanasia. He would never do euthanasia but, by having a patient say that they wanted euthanasia, it helped him put a finger on what was wrong because they had that discussion. He said that some patients decided to leave the hospice because their needs were not being met, and it went back to the family doctor to treat the patient. You are seeing a growth of service in that area.

**Senator Carstairs:** My other question has to do with some of the supposed data we got from people who said that there was fear among the elderly in Holland that they might be euthanized: they did not want to go into hospital because of that fear. Do you have any indication of that at all?

**Ms Mullens:** None whatsoever. I did visit various institutions with doctors. I lived in a house right across the street from an old age home and I walked in there unannounced. I watched them for about three weeks. It was a beautiful nursing home, and people there looked so healthy and so well taken care of.

While I was there I discovered that their nursing ratios are about three times the size of our nursing ratios. I met some patients who needed 24-hour care and who could not dress themselves. They were wearing nice scarves around their necks and some of them were wearing makeup. The nurses did that. We do not see that in Canada very often. I talked to many elderly people there and I never found anyone who was frightened.

I asked some people where this information had come from. I read your transcripts of your Netherlands' interviews. As they told you, and they also told me, there was a survey done by a physician's league organization of their own members, which is a religious group, and 2 per cent of their own members said they were afraid. There probably are some people who are afraid, but I think 90 per cent of the population is not afraid.

I talked to many people in their 70s, most of whom carry declarations in their wallet. Many more people there carry living wills than do here — euthanasia declarations, that they would like to have euthanasia if they become ill.

**Senator Beaudoin:** I have two questions, one on the House of Lords and the other on the slippery slope.

## [Traduction]

On ne fait pas cela aux Pays-Bas. Habituellement, c'est le genre de situation où la personne demandera à mourir. Les critiques ont sans doute raison de dire que les Pays-Bas pourraient faire plus en matière de soins palliatifs, mais le gouvernement s'en occupe et fait déjà beaucoup plus. Mais cela ne se met pas en place du jour au lendemain.

J'ai visité un hospice géré par un groupe religieux et le personnel y est catégoriquement opposé à l'euthanasie. Cet hôpital administre des soins palliatifs standards. Cela a commencé l'année dernière et l'hospice reçoit un excellent soutien de la communauté environnante, même de ceux qui sont en faveur de l'euthanasie. Le médecin qui gère l'institut m'a dit que c'était une bonne chose qu'il puisse parler ouvertement de l'euthanasie. Bien que ce médecin refusera toujours de la pratiquer, le fait qu'un patient puisse en exprimer le désir l'aide à mettre le doigt sur ce qui ne va pas, grâce à ce dialogue. Il m'a dit que certains patients décidaient de quitter cet hospice parce que leurs besoins n'y étaient pas satisfaits, auquel cas c'est le médecin de famille qui prend le relais. On assiste à une multiplication des services dans ce domaine.

**Le sénateur Carstairs:** Mon autre question porte sur la crainte que ressentiraient les personnes âgées en Hollande d'être euthanasiées, selon certains témoins: elles auraient peur d'aller à l'hôpital à cause de cela. Avez-vous eu des indications en ce sens?

**Mme Mullens:** Absolument pas. J'ai visité divers établissements avec des médecins. J'ai habité juste en face d'un foyer de personnes âgées et j'y faisais des visites imprévisibles. J'ai pu l'observer pendant trois semaines. C'était un très beau foyer et les pensionnaires y paraissaient très bien soignés et en bonne santé.

Ce que j'ai découvert, c'est que le personnel soignant y est à peu près trois fois plus nombreux que chez nous. J'ai rencontré des patients qui avaient besoin de soins 24 heures sur 24 et qui ne pouvaient s'habiller eux-mêmes. Ils portaient de belles écharpes autour du cou et certains étaient même maquillés. Ce sont les infirmières qui les maquillaient. On ne voit pas cela très souvent au Canada. J'ai parlé à beaucoup de personnes âgées là-bas, et je n'ai jamais rencontré personne qui était inquiet.

J'ai demandé à certaines personnes d'où provenaient ces chiffres. J'ai lu les procès-verbaux de vos témoignages parlant de la situation aux Pays-Bas. Ces témoins vous ont dit, et ils m'ont répété la même chose, qu'une enquête avait été faite par une ligue de médecins auprès de ses propres membres, c'est-à-dire un groupe religieux, et que 2 p. 100 de ses membres disaient avoir peur. Certaines personnes ont peut-être peur, mais je pense que 90 p. 100 de la population n'a pas peur.

J'ai parlé à beaucoup de personnes dans la septantaine, dont la plupart portent une déclaration dans leur portefeuille. Beaucoup plus de gens que chez nous portent sur eux une déclaration d'intention, une demande d'euthanasie au cas où elles tomberaient malades.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai deux questions, une sur la Chambre des lords et l'autre sur la pente glissante.



[Texte]

I find it interesting that England and Holland are going in opposite directions. What, in your opinion, is the reason for this? Britain is in favour of palliative care, and Holland is in favour of euthanasia. You seem to imply that, perhaps, the British do not see things as they should.

**Ms Mullens:** My conclusion now is that Britain does not see things as they should. They will eventually evolve in that direction. My explanation of why Holland and England are so different is based on the issue of personal autonomy.

I was amazed at the long history of autonomy in the Netherlands. From about the 16th Century, they have had more of an acceptance of the right of the individual to make choices. That is why homosexuality, drugs and abortion, and just sex in general, are all much more open in the Netherlands. Some people are quite shocked by all of that. They really feel that anyone has the right to do whatever they like, as long as it does not harm other people.

**Senator Beaudoin:** The first Bill of Rights that we know of is the Bill of Rights of England in 1689, 100 years before the French Revolution. If there is a nation in the world that has been a leader in the field of private rights, it is certainly England and its Anglo-Saxons. Would you not agree with me?

**Ms Mullens:** That is, perhaps, the case. What I also see in England is a much more entrenched class system. That is to say, I see people making decisions for others. From my impressions of the British medical system, it is much more paternalistic. In other aspects, too, there is more of a feeling of the noblesse oblige: that people who have knowledge look after other people; that the rights of the individual to make a choice, even a bad choice for themselves, is not left up to them.

**Senator Beaudoin:** The religious basis is the same in both countries, is it not?

**Ms Mullens:** It is said that even the Dutch Catholics are more freedom-oriented than any other Catholics in the world. Most Dutch Catholics agree with euthanasia, whereas the Dutch Calvinists do not. They tend to be the group that opposes it.

**Senator Beaudoin:** I am surprised to hear that because those two countries have much in common. They have similar religions, that is, the Protestant religion. They also have the cult of human rights, yet, they have come to opposite conclusions.

**Ms Mullens:** In your second question you asked about the slippery slope.

**Senator Beaudoin:** The slippery slope is not a reason in itself, in the sense that it is not because a step is dangerous that it should not be taken. For example, when divorce in western countries was legalized people said "Oh, everyone will divorce." They were half right. The question of the slippery slope is one factor that should be dealt with.

However, in my opinion, the debate does not lie there. The debate is about societal value. Is it good or bad at the end of this century, or the beginning of the next, to legalize euthanasia or not?

[Translation]

Je suis intrigué de voir que l'Angleterre et la Hollande aillent dans des directions si différentes. À votre avis, quelle en est la raison? La Grande-Bretagne est en faveur des soins palliatifs et la Hollande en faveur de l'euthanasie. Vous semblez dire que, peut-être, les Britanniques sont dans l'erreur.

**Mme Mullens:** Ma conclusion est que la Grande-Bretagne ne voit pas les choses comme il le faudrait. Mais je pense que cela va changer. Je pense que la différence entre la Hollande et l'Angleterre s'explique par la manière dont on y conçoit l'autonomie personnelle.

J'ai été étonnée par la longue histoire de l'autonomie aux Pays-Bas. Dès le XVI<sup>e</sup> siècle, on a beaucoup plus admis le droit de l'individu à faire des choix. C'est pourquoi l'homosexualité, l'usage des drogues et l'avortement, et les relations sexuelles en général, sont beaucoup plus libres aux Pays-Bas. Cela choque beaucoup certains. Mais on y est convaincu que chacun a le droit d'agir comme il veut, à condition de ne pas nuire à autrui.

**Le sénateur Beaudoin:** La toute première Déclaration des droits que l'on connaisse est la Déclaration des droits anglaise qui remonte à 1689, 100 ans avant la révolution française. S'il y a un pays du monde qui a été à la pointe des droits individuels, c'est bien l'Angleterre et les Anglo-Saxons. N'êtes-vous pas d'accord avec moi?

**Mme Mullens:** C'est peut-être vrai mais je discerne également en Angleterre un système de classe beaucoup plus enraciné. Autrement dit, je vois des gens décider pour les autres. Mon impression du système médical britannique est qu'il est beaucoup plus paternaliste. On voit beaucoup plus cette idée de noblesse oblige: ceux qui ont le savoir s'occupent des autres; on ne laisse pas les individus libres de faire pour eux-mêmes des choix considérés comme mauvais.

**Le sénateur Beaudoin:** Mais le fondement religieux est le même dans les deux pays, n'est-ce pas?

**Mme Mullens:** On dit que même les catholiques néerlandais sont plus libéraux que partout ailleurs dans le monde. La plupart des catholiques néerlandais acceptent l'euthanasie, alors que les calvinistes néerlandais s'y opposent. Ce sont eux qui s'y opposent.

**Le sénateur Beaudoin:** Cela me surprend parce que ces deux pays ont beaucoup de choses en commun. Ils ont une religion similaire, le protestantisme. Ils ont le culte des droits de la personne, et pourtant ils parviennent à des conclusions diamétralement opposées.

**Mme Mullens:** Vous disiez que votre deuxième question portait sur la pente glissante.

**Le sénateur Beaudoin:** La pente glissante n'est pas une raison en soi, en ce sens que ce n'est pas parce que quelque chose est dangereux qu'il ne faut pas le faire. Par exemple, lorsque le divorce a été légalisé dans les pays occidentaux, on disait: «Oh, tout le monde va divorcer». Ils avaient à moitié raison. La question de la pente glissante n'est qu'un facteur parmi d'autres.

Cependant, à mon sens, le vrai débat n'est pas là. Le débat porte sur les valeurs de société. Est-il bon ou mauvais, à la fin de ce siècle ou au début du prochain, de légaliser l'euthanasie? À



## [Text]

In my view, that is what this debate is about. Your response to the question may be based on philosophy, religion, or on some other basis. Certainly, the slippery slope argument must be considered, but it is not the leading factor for or against.

**Ms Mullens:** I think you will find that most people will use the slippery slope argument as a reason not to allow any change in laws on euthanasia.

I think euthanasia should be very rare. People should not want to die. But how do you detect the reason behind their wanting to die? I do not think it is by prohibiting any discussion or any exploration of the subject. Our goals should be that as few people as possible take their own lives because there is no better choice. We have to work on those choices.

The question is: Would those choices come about without having euthanasia; by trying to keep a lid on this and telling people that they cannot make this choice? Alternatively, do we change empowerment which may lead to better pain control and better palliative care by freeing up the discussion and by allowing people to have that choice? Hopefully, they will not choose it because they have something else.

**Senator Beaudoin:** I understand that. However, I still think the basic debate is a philosophical one. Lawyers can take care of the parameters of the law, with or without success.

**Ms Mullens:** The question that you as a committee have to answer is, do you believe that this is, indeed, God's territory — or whatever being you wish to attribute it to, if you do not want to call it God — or is this something about which human beings can make a choice? Perhaps that is the basic philosophy for you.

I think you will find that the majority in society will say, "You cannot tell me that God would not allow me to do this because my God allows me to do this."

**Senator Beaudoin:** That is another matter.

**Senator Corbin:** I must admit that I had difficulty in following you, Ms Mullens. You spoke very quickly. You went from one analogy to another. To do justice to your statement, I will have to read the record attentively, and especially your use of my famous Vancouver quote.

Is there anything wrong in the way in which Canadians have moved along the road of legislative progress in all these issues? I am satisfied with the way the country has evolved over the last 26 years in which I have been in politics. I have seen many things happen, some of which have been very progressive. However, I think they came in their time. There were times when certain personalities were really pushing for a certain measure, and that forced everyone to debate the subject. This is certainly one of the most crucial issues that has come along for a long time.

## [Traduction]

mon sens, tout tourne autour de cela. Votre réponse à la question peut être fondée sur la philosophie, la religion ou quelque autre considération. Cependant, l'argument de la pente glissante doit être pris en considération, mais il n'est pas le facteur déterminant.

**Mme Mullens:** Mais vous verrez que la plupart des gens invoquent l'argument de la pente glissante pour refuser la légalisation de l'euthanasie.

Je pense que l'euthanasie devrait être très rare. Les gens ne devraient pas vouloir mourir. Mais comment déceler la raison qui leur fait désirer la mort? Je ne pense pas qu'on le fera en interdisant toute discussion ou toute exploration de ce sujet. Notre objectif devrait être de faire en sorte qu'aussi peu de gens que possible veuillent mourir par manque d'un meilleur choix. C'est sur les choix qu'il faut travailler.

La question est celle-ci: est-ce que ces choix deviendront disponibles en l'absence d'euthanasie, c'est-à-dire en maintenant l'interdit et en refusant aux gens ce choix? Ou bien nous nous donnons cette faculté, ce qui peut conduire à un meilleur contrôle de la douleur et à de meilleurs soins palliatifs, du fait que le débat sera ouvert et que les gens auront ce choix? Il est à espérer qu'ils n'opteront pas pour l'euthanasie, parce qu'ils auront d'autres options.

**Le sénateur Beaudoin:** Je comprends cela. Cependant, je persiste à penser que le débat fondamental est d'ordre philosophique. Les avocats peuvent s'occuper des paramètres de la loi, avec ou sans succès.

**Mme Mullens:** La question que vous, en tant que comité, avez à trancher est celle-ci: considérez-vous que c'est là le territoire de Dieu (ou quel que soit l'être auquel vous vouliez l'attribuer si vous ne voulez pas l'appeler Dieu) ou bien est-ce quelque chose qui relève du choix des êtres humains? Voilà peut-être la question philosophique fondamentale.

Je pense que vous constaterez que la majorité des membres de la société répondra «Vous ne pouvez me dire que Dieu ne m'autoriserait pas à le faire, car mon Dieu à moi le permet».

**Le sénateur Beaudoin:** C'est une autre question.

**Le sénateur Corbin:** Je dois reconnaître que j'ai eu un peu de mal à vous suivre, madame Mullens. Vous avez parlé très vite, en sautant d'une analogie à l'autre. Pour rendre justice à votre exposé, je vais devoir lire attentivement le procès-verbal, et particulièrement votre emploi de ma fameuse citation de Vancouver.

Y a-t-il quelque chose qui ne va pas dans le cheminement des Canadiens sur la route du progrès législatif relativement à toutes ces questions? Je suis satisfait de l'évolution du pays au cours de mes 26 années de vie politique. J'ai assisté à beaucoup de grands progrès. Mais je pense que chacun de ces progrès est venu en son temps. Il est arrivé que certaines personnalités fassent intensément campagne pour obtenir une certaine mesure, ce qui a contraint tout le monde à débattre de la question. La question dont nous traitons est certainement l'une des plus cruciales que nous ayons vues depuis longtemps.



[Texte]

However, I think that we as Canadians — the whole of our society — have dealt with difficult issues in a very responsible way. We have not rushed, yet, we have made progress.

**Ms Mullens:** Perhaps that is right. However, if you go back to my birth control analogy, I think 1969 was a little late to act on that issue.

**Senator Corbin:** But we acted.

**Ms Mullens:** It was at a point when there was no opposition. If you go to the question of what would have happened if the government had acted earlier on birth control, and if I use the Netherlands as an example, perhaps we, like they, would have a teen pregnancy rate of 14 in 1,000. They have sex education in all the schools. It is not a debatable topic.

In Canada right now we have a teen pregnancy rate of 50 in 1,000. In some areas it is 90 to 100 in 1,000. We still have problems, such as in B.C., where sex education or public health messages have been removed by the government.

I think we still have a problem in dealing effectively with birth control and abortion. I do not think we have dealt with abortion. If the government had had a little bit more courage earlier on, then we might have had some of those things in place a little bit sooner. Perhaps we will evolve to that point, but I do not think we are there yet.

**Senator Corbin:** I do not want to get into an argument with you. I do not think the government can go faster than mentalities.

**Ms Mullens:** Of whose mentality do you speak?

**Senator Corbin:** I am talking about the mentality of Canadians. We have examined the decision of the House of Lords. We have examined the Dutch situation. We do not know very much about other countries. I sometimes ask myself if there is a better place to live than in Canada? I like it here; and I like the way we do legislative business. Perhaps I have been in the business too long. Certainly, that is not an accusation you would make. We have not forced issues on people. We have followed mentality, evolution. The only proper way to legislate is not to impose on people. Earlier you talked about paternalism. There is a inherent danger in this issue of being too paternalistic.

**Ms Mullens:** I agree. It will be very difficult for the Government of Canada to make legislative change in this area. Yet, if you are talking about society, and if you believe the polls, then 78 per cent of Canadians feel that they should have it.

**Senator Corbin:** I have a problem with polls. People do not know what we are talking about. There is so much confusion because of the terminology and the definitions. Has that not been your experience?

**Ms Mullens:** What concerns me is that there are still many Canadians who have a paternalistic attitude about euthanasia. I believe that came forward in the Latimer case. I was troubled by

[Translation]

Cependant, je pense que nous, Canadiens (l'ensemble de notre société) avons su régler les questions difficiles de manière très responsable. Nous avons progressé, mais sans précipitation.

**Mme Mullens:** C'est peut-être vrai. Cependant, pour reprendre mon analogie avec le contrôle des naissances, je pense que 1969 était un peu tard pour agir.

**Le sénateur Corbin:** Mais nous avons agi.

**Mme Mullens:** Une fois qu'il n'y avait plus d'opposition. Si vous vous demandez ce qui serait arrivé si le gouvernement avait agi plus tôt en matière de contrôle des naissances, et pour reprendre l'exemple des Pays-Bas, peut-être nous aussi nous aurions un taux de grossesse d'adolescentes de 14 pour 1 000. Là-bas, l'éducation sexuelle existe dans toutes les écoles. Cela ne prête plus à discussion.

Au Canada, aujourd'hui, nous avons un taux de grossesse chez les adolescentes de 50 pour 1 000. Dans certaines régions, il est même de 90 à 100 pour 1 000. Nous avons encore des résistances à l'éducation sexuelle ou aux annonces publicitaires de santé publique, notamment en Colombie-Britannique où le gouvernement les a supprimées.

Je pense que nous n'avons toujours pas réglé efficacement la question du contrôle des naissances et de l'avortement. Le cas de l'avortement n'est toujours pas réglé. Si le gouvernement avait eu un peu plus de courage plus tôt, toutes ces choses se seraient peut-être mises en place un peu plus rapidement. Nous finirons peut-être par y arriver, mais il nous reste encore du chemin à faire.

**Le sénateur Corbin:** Je ne veux pas entamer une polémique avec vous. Je ne pense pas que le gouvernement puisse aller plus vite que les mentalités.

**Mme Mullens:** De la mentalité de qui parlez-vous?

**Le sénateur Corbin:** Je parle de la mentalité des Canadiens. Nous avons examiné la décision de la Chambre des lords, nous nous sommes penchés sur l'expérience néerlandaise. Nous ne savons pas grand-chose de la situation à l'étranger. Je me demande parfois s'il y a un pays où la vie est meilleure qu'au Canada. J'aime mon pays et j'aime la façon dont nous faisons les lois. Je suis peut-être dans la vie politique depuis trop longtemps. En tout cas, vous ne pouvez pas nous accuser d'imposer nos vues aux Canadiens. Nous avons suivi l'évolution des mentalités. La seule façon correcte de légiférer est de ne pas faire violence aux gens. Vous parliez tout à l'heure de paternalisme. Dans cette question de l'euthanasie, il y a un risque inhérent de paternalisme.

**Mme Mullens:** Je suis d'accord. Il sera très difficile au gouvernement de légiférer dans ce domaine. Pourtant, si vous parlez de la société, et si l'on en croit les sondages, 78 p. 100 des Canadiens sont pour.

**Le sénateur Corbin:** Les sondages me posent un problème. Les gens ne savent pas de quoi nous parlons. Il y a tellement de confusion sur les notions et les définitions. N'avez-vous pas fait la même constatation?

**Mme Mullens:** Ce qui me préoccupe c'est qu'il reste beaucoup de Canadiens qui ont une attitude paternaliste à l'égard de l'euthanasie. Je pense que cela a été mis en évidence par l'affaire

[Text]

that case, yet, many Canadians felt that his actions were okay. I find that to be paternalistic.

Under any euthanasia legislation, that sort of action should not happen. We would not turn a blind eye to that. There should be a procedure to assess what is going on. No law should actually allow a father to kill his daughter.

The polls lead me to think that some Canadians believe that euthanasia is okay, if it involves someone in a mercy killing when the request is not coming from the individual. However, many of those who have appeared before you are not representative of the Canadian population. They are people with specific interests, of course.

**Senator Corbin:** The doors were open to everyone. They came and spoke to us. I give them credit for doing that.

There was a discussion between you and Senator Beaudoin on religion and religious considerations. I do not think that is the nature of the debate. What you should be talking about is religious practice. There is not that much of it any more anywhere, except in the bible belt down south, perhaps. People speak with much greater freedom today on this issue, as well as any other issue you wish to put on the table. That is what is driving this debate.

The minute I stepped from the plane in Vancouver, I had a microphone shoved in front of my mouth and I heard someone say, "Well, Senator Corbin, I guess it is a forgone conclusion that all you guys will be against euthanasia." When I look at the composition of this committee, I see some who are Catholic, and others are of a different persuasions. You have addressed this question. I do not think it is proper to put questions like that. We have heard people advance the religious argument. It is there in the scales, like everything else, but we cannot ignore it.

**Ms Mullens:** No, and I do not think you should.

**Senator Corbin:** We will not impose our personal religious views. We will sift through all of the evidence and try to develop a consensus.

**Ms Mullens:** I am sure you will.

**Senator Corbin:** However, we have to keep in mind the current Canadian mentality.

**Senator Keon:** I know that when you began your research on this subject you did not have any preconceived ideas. You have come to some very strong feelings on this issue.

Can you highlight what information or what incidents along the way helped to form your thinking?

**Ms Mullens:** I spent quite a bit of time looking at palliative care. It is a wonderful service. It should be much more widely available.

I asked every palliative care physician I talked to whether or not he or she would tell a patient who was taking a drug like Decadron, which is a heavy steroid, for a brain tumour, that if they stopped administering the Decadron it would bring about their death. This was asked in light of them not being in agreement

[Traduction]

Latimer. C'est une affaire qui m'a troublée, mais beaucoup de Canadiens sont disposés à l'absoudre. Je trouve cela trop paternaliste.

L'acte qu'il a commis serait sanctionné par toute législation sur l'euthanasie. Nous ne fermerions pas les yeux sur un tel acte. Il devrait exister une procédure pour évaluer ce genre de chose. Aucune loi ne devrait permettre à un père de tuer sa fille.

Les sondages me donnent à penser que certains Canadiens considèrent que l'euthanasie est acceptable s'il s'agit d'un meurtre par compassion, même sans qu'une demande en ce sens soit exprimée. Cependant, bon nombre des témoins qui ont comparu devant vous ne sont pas représentatifs de la population canadienne. Ils défendent des intérêts spécifiques, bien entendu.

**Le sénateur Corbin:** Notre porte est ouverte à tous. Ils viennent et ils nous parlent. Je leur en suis reconnaissant.

Il y a eu une discussion entre vous et le sénateur Beaudoin sur la religion et les considérations religieuses. Je ne pense pas que ce soit là la nature du débat. Ce dont il faudrait parler, c'est de la pratique religieuse. Elle n'existe plus guère nulle part, aujourd'hui, sauf peut-être dans la «ceinture de la Bible» chez nos voisins. Les gens parlent de cette question avec beaucoup plus de liberté aujourd'hui, de même que de toute autre que vous voulez aborder. C'est cela qui alimente ce débat.

À ma descente d'avion à Vancouver, on m'a mis un micro devant la bouche et j'ai entendu quelqu'un dire: «Eh bien, sénateur Corbin, je suppose que l'on peut conclure d'avance que vous allez tous vous prononcer contre l'euthanasie». Mais lorsque je regarde la composition du comité, j'en vois qui sont catholiques et d'autres qui ont des convictions différentes. Vous avez abordé cet aspect. Je ne pense pas que ce soit convenable. Certes, nous avons entendu des témoins défendre l'argumentation religieuse. Elle est là, dans les plateaux de la balance, comme tout le reste, et nous ne pouvons l'ignorer.

**Mme Mullens:** Non, et je ne vous le demande pas non plus.

**Le sénateur Corbin:** Nous n'imposerons à personne nos croyances religieuses personnelles. Nous allons peser tous les éléments et tenter de dégager un consensus.

**Mme Mullens:** Je n'en doute pas.

**Le sénateur Corbin:** Cependant, nous devons tenir compte de la mentalité canadienne actuelle.

**Le sénateur Keon:** Je sais que lorsque vous avez entamé vos recherches sur cette question vous n'aviez pas d'idées préconçues. Or, vous avez maintenant une position très arrêtée.

Pourriez-vous nous dire quelles données ou quels incidents ont façonné votre opinion?

**Mme Mullens:** Je me suis beaucoup intéressée aux soins palliatifs. C'est un service merveilleux. Je pense qu'il devrait être plus largement disponible.

J'ai demandé à tous les médecins de soins palliatifs que j'ai rencontrés s'ils diraient au patient qui prend un médicament tel que le decadron, qui est un stéroïde puissant, pour une tumeur du cerveau, que l'arrêt de la prise du decadron amènerait leur mort. Je savais que ces médecins étaient opposés à l'euthanasie et au



## [Texte]

with euthanasia and assisted suicide, but if they felt that the patient had the right to decide about death. A number of palliative care physicians said that they thought the patient should know everything about the medication. The physicians said that, if they truly wanted to die, they could tell them that by stopping the drug they might die. They would also tell them that it might be a painful death, and that it might not work. Some palliative care physicians said that they felt that would be aiding and abetting suicide.

That caused me concern because, even with the laws that there are, information is not being given to a patient about what is happening to them, especially in terms of the choices they can legitimately make. That was when I started to think that we, at least, need some law reform so that doctors will not be afraid of giving information, and so that this is not seen as being illegal.

In writing one of my opening articles, I met the family of a fellow who was dying of cancer. He was in a lot of pain. Both he and his wife had sort of said obliquely to the doctor, "I really want out."

In talking about suicide one of the doctors told me of how he had seen terribly botched attempted suicides by people who had shot themselves in the heart and he said that if you wanted to make a clean break of it you should shoot yourself in the head. A fellow went home and shot himself in the head.

If doctors feel comfortable about giving that kind of information, but not giving people information about better pain control, or if there is not any better pain control and the ability to help, then that is also not a good situation.

When I was in the Netherlands, I was impressed by the compassion of the physicians and how seriously they take these requests. Of course, I had a tendency to meet the good physicians because they are the ones who will talk to me openly about this issue.

I cannot say what other people might experience. However, the people who would want to spend a lot of time with me would be those who would be giving some critical consideration to this issue. They would be open to a journalist's enquiries.

I was in a number of hospitals there, including a daycare centre for mentally handicapped and physically handicapped youth and children. It was absolutely beautiful.

I have seen a number of such institutes in Canada. I did not see any lack of services in Holland. The level of care was very good. I met patients in nursing homes who were quite adamant that they did not want euthanasia. I did not discern that they were treated less well or that they were being forced to make that decision. There seemed to be a healthy respect for what patients wanted. It did seem to come from the patient. That was a turning point for me.

I then went to St. Christopher's Hospice where Dame Cicely Saunders works. I did not report about this because I did not know how to report about it. As a Journalist, my experience there was really terrible. I will tell you what happened. I went there and they

## [Translation]

suicide assisté, et je leur demandais s'ils pensaient que le patient avait le droit de décider de sa mort. Un certain nombre de ces médecins m'ont répondu que le patient devrait tout savoir du médicament. Ils disaient que si le patient voulait vraiment mourir, ils lui diraient qu'en arrêtant le médicament, il pourrait mourir. Ils lui diraient également que ce serait une mort douloureuse et qu'elle n'était pas certaine. Certains médecins de soins palliatifs m'ont répondu que ce serait se rendre complice de suicide.

Cela m'a inquiétée car en dépit des lois existantes, les patients ne sont pas toujours informés de ce qui leur arrive, et particulièrement des choix qu'ils peuvent légitimement faire. C'est là que je commençai à me dire qu'il nous fallait, à tout le moins, modifier la loi afin que les médecins n'aient pas à craindre d'informer les patients, ne perçoivent pas cela comme illégal.

En rédigeant l'un de mes premiers articles, j'ai rencontré la famille d'un homme qui mourait de cancer. Il souffrait beaucoup. Tant lui-même que sa femme avaient fait comprendre au médecin qu'il voulait véritablement que sa vie s'arrête.

En parlant du suicide, l'un des médecins m'a dit qu'il a vu des tentatives de suicide horriblement ratées de gens qui se tiraient une balle dans le coeur et il a dit que si l'on voulait vraiment mettre fin proprement à ses jours, il fallait se tirer la balle dans la tête. Un de ses patients est rentré chez lui et s'est tiré une balle dans la tête.

Si les médecins se sentent à l'aise pour donner ce genre d'information, mais s'ils ne les renseignent pas sur un meilleur contrôle de la douleur, ou s'il n'existe pas un meilleur service de contrôle de la souffrance et la capacité d'aider, alors ce n'est pas non plus une bonne situation.

Aux Pays-Bas, j'ai été impressionnée par la compassion des médecins et du sérieux avec lequel ils traitaient ces demandes. Bien sûr, j'avais tendance à rencontrer les bons médecins, car ce sont eux qui acceptaient de me parler ouvertement de la question.

Je ne sais pas quelle expérience d'autres peuvent faire mais ceux qui acceptaient de passer beaucoup de temps à me parler étaient ceux qui réfléchissaient de façon critique à la question. Ils étaient prêts à répondre aux questions d'une journaliste.

J'ai visité pas mal d'hôpitaux là-bas, y compris une garderie pour enfants mentalement et physiquement handicapés. C'était un endroit absolument merveilleux.

J'ai vu pas mal d'instituts de ce genre au Canada. Je n'ai constaté nulle part une déficience dans les services en Hollande. Le niveau des soins était très bon. J'ai rencontré des patients dans des foyers de personnes âgées qui étaient résolument opposés à l'euthanasie. Je n'ai vu aucun signe qu'elles étaient moins bien traitées ou contraintes d'opter pour l'euthanasie. Il semblait exister un très grand respect pour les souhaits des patients. La volonté du patient semblait déterminante. Cela a été pour moi le tournant.

Je suis allée à l'hospice St. Christopher où travaille Mme Cicely Saunders. Je n'en ai pas fait état dans mes articles car je ne savais pas quoi écrire. Comme journaliste, j'ai eu là une expérience réellement désastreuse. Je vais vous dire ce qui s'est

[Text]

charged me for the interview. I can understand a hospice needing to raise funds, but they did not tell me that there would be a charge for the interview, so I did not have the money on me.

**Senator Corbin:** You mean they wanted to charge a fee?

**Ms Mullens:** Yes, a fee.

I had a whole series of questions. I asked some of them, at which point they said, "That is enough. We will not answer any more questions." Dame Saunders had said to me that she felt it was important for me to listen to people. She then said, "I will not answer any more questions", and she left. Dutch physicians spent hours and hours with me. Yet, I had about 10 minutes with Cicely Saunders. I know she is busy. I thought that, if they talk to patients the way they talked to me, then that would not be a warm and welcoming situation.

I did have some wonderful experiences with palliative care physicians in Britain. I spent some time with Derek Doyle which I really appreciated.

I believe that you have to listen to patients. If there is anything that is impeding the conversation with patients, that is, making them feel less able to talk to doctors about their needs, then we have to address that.

**Senator Keon:** You have touched on the supremacy of the individual. You said that must be paramount. The interesting paradox throughout all of this is — and certainly as a result of my exposure to medicine — is that at the point where the individual has lost his supremacy, his human dignity and so forth, this enters into the equation. We talk about compensating for that with living wills. However, it concerns me that we must deal with this transition.

**Ms Mullens:** I understand that. Sometimes when you are sick, you are at your least powerful. That is why we should not take complete power away from the individual. Often they say, "Doctor, what do you think?" They ask because they do not know.

We should try to keep it at least in the hands of those who know what they want. Many in the AIDS community know what they want. It is not proper for us to say, "We are taking that decision out of your hands". Some people do not want to use their autonomy and would never use it.

**Senator Lavoie-Roux:** How can you confirm that there is no slippery slope?

**Ms Mullens:** There is a slippery slope. We have to determine where it is. I am most concerned about the slippery slope.

**Senator Lavoie-Roux:** I would like you to expand a bit on a statement you made. If I understood you correctly, you said that, if we legalize euthanasia, it will bring about better palliative care, or stimulate people to develop better palliative care. I do not say that you are wrong, I do not know.

[Traduction]

passé. J'y suis allée et on m'a fait payer l'interview. Je comprends qu'un hospice ait besoin de réunir des fonds, mais on ne m'avait pas prévenue que l'on me ferait payer et je n'avais pas d'argent sur moi.

**Le sénateur Corbin:** Vous voulez dire qu'ils voulaient vous faire payer des honoraires?

**Mme Mullens:** Oui, des honoraires.

J'avais toute une série de questions. J'ai commencé par en poser quelques-unes, et l'on m'a vite arrêtée en disant: «Cela suffit, nous n'allons plus répondre à d'autres questions». Madame Saunders m'avait déclaré qu'elle estimait important d'écouter les gens. Elle m'a dit ensuite «je ne vais plus répondre à d'autres questions», et elle est partie. Les médecins néerlandais m'ont parlé pendant des heures et des heures. Mais là, j'ai eu dix minutes avec Cicely Saunders. Je sais qu'elle est très occupée, mais je me suis dit que s'ils parlaient aux patients comme ils m'ont parlé à moi, ce ne serait pas une conversation très ouverte et chaleureuse.

J'ai eu quelques expériences merveilleuses avec des médecins de soins palliatifs en Grande-Bretagne. J'ai passé du temps avec Derek Doyle, que j'appréciais beaucoup.

Je pense qu'il faut écouter les patients. Si quoi que ce soit entrave la conversation avec les patients, c'est-à-dire s'ils pensent ne pas pouvoir parler aux médecins de tous leurs besoins, alors c'est une lacune à laquelle il faut remédier.

**Le sénateur Keon:** Vous avez évoqué la suprématie de l'individu. Vous dites que ce doit être la considération suprême. Le paradoxe intéressant dans tout cela (et je parle du haut de mon expérience de médecin) est que cela entre en jeu à un moment où l'individu a perdu sa suprématie, sa dignité humaine, etc. On envisage de compenser cette incapacité par le biais de testaments biologiques. Cependant, il me semble qu'il y a un écueil au moment de cette transition.

**Mme Mullens:** Je comprends cela. Parfois, lorsqu'on est malade, c'est là que l'on est le plus démuné de ses moyens. C'est pourquoi il ne faut pas enlever complètement tout pouvoir à l'individu. Souvent ils disent: «Docteur, qu'en pensez-vous»? Ils le demandent, parce qu'ils ne le savent pas.

Il faut au moins essayer de laisser le pouvoir aux mains de ceux qui savent ce qu'ils veulent. Beaucoup de sidéens savent ce qu'ils veulent. Il ne nous appartient pas de les priver de la décision. Certains ne veulent pas faire usage de leur autonomie et ils le refuseront toujours.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Comment pouvez-vous affirmer qu'il n'y a pas de pente glissante?

**Mme Mullens:** Il y a une pente glissante. Il s'agit de déterminer où elle se trouve. Je suis très préoccupée par la pente glissante.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** J'aimerais que vous m'expliquiez un peu une chose que vous avez dite. Si je vous ai bien comprise, vous avez dit que si nous légalisons l'euthanasie, il en résultera de meilleurs soins palliatifs, que l'on sera amené à offrir de meilleurs soins palliatifs. Je ne dis pas que vous faites erreur, je ne sais pas.



[Texte]

On the other hand, if we legalize euthanasia, it might have the opposite effect, that is, euthanasia is cheaper in the long run because, then, we can end the lives of older people, for instance. At a time when everyone is concerned about the economics of the health system, I hope it would have the effect which you hope it will have. I think it might have a completely different effect. It might be seen as a shorter, faster and more economical way of doing things.

**Ms Mullens:** That could be the result. However, I think it would result more from a gradual evolution of not changing the laws. The public debate on this issue, which will involve those of the baby boom generation, will only become greater as more of the people in that group approach death. People of that generation are used to controlling situations.

If government acts proactively on the issue, it can say, "If there is euthanasia, then there must be a palliative care program in every region of the country. A certain amount of money will be set aside for it."

You were told by the Health Minister yesterday that there were no funds for palliative care. Will palliative care develop without government action? By having legislation concerning euthanasia, the government could make it a prerogative that it be available. There would then be some force behind it.

**Senator Lavoie-Roux:** The minister did not say exactly that yesterday. She said that there would no more money in the system, but that within the system we could find the resources for palliative care. She did not say because there is no money there will be no improvement in palliative care. She said there should be a reallocation of resources.

I have read your articles. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Mullens.

Honourable senators, we will now hear from representatives of the Alberta Indian Health Care Commission.

We are pleased to have you with us tonight. Please go ahead.

**Mr. Randy Bottle, Chairman, Alberta Indian Health Care Commission:** Thank you, Madam Chairman. As well as being the chairman of the Alberta Indian Health Care Commission, I am also a member of the Blood Tribe of southern Alberta.

Senators, on behalf of the Alberta Indian Health Care Commission I should like to thank you for inviting me to address you today. As members of First Nations, we are greatly concerned about the issue of euthanasia and assisted suicide and how it will impact our communities. However, I would like to present some of our reflections and concerns on the subject.

The Criminal Code currently provides no penalty for attempted suicide. It does, however, make assisting a person to commit suicide a serious offence. Recently, Sue Rodriguez' tragic struggle with a painful and terminal disease moved all Canadians, including parliamentarians, to reconsider what society's values in

[Translation]

Mais la légalisation de l'euthanasie pourrait avoir l'effet inverse, sachant qu'elle est moins chère à long terme car elle permettra d'abrégier la vie des vieillards, par exemple. À un moment où chacun se préoccupe du coût du système de santé, j'espère que les conséquences seraient bien celles que vous espérez. Mais je crains que cela ait une conséquence exactement inverse. Ce pourrait être considéré comme une façon plus rapide et plus économique de faire les choses.

**Mme Mullens:** C'est possible. Cependant, je pense que cela résulterait justement d'une évolution graduelle si l'on ne changeait pas la loi. Le débat public sur cette question n'ira qu'en s'intensifiant au fur et à mesure que la génération du baby boom approche de la mort. Les gens dans cette génération sont accoutumés de prendre les choses en main.

Si le gouvernement agit proactivement sur cette question, il peut dire: «S'il va y avoir l'euthanasie, alors il faut un programme de soins palliatifs dans toutes les régions du pays. Il va falloir réserver une certaine somme pour cela».

La ministre de la Santé vous a dit hier qu'il n'y avait pas de crédits pour les soins palliatifs. Est-ce que les soins palliatifs vont se développer sans une action gouvernementale? En ayant une loi autorisant l'euthanasie, le gouvernement pourrait poser comme condition que ces soins soient disponibles. Il y aurait alors cette obligation.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ce n'est pas exactement ce que la ministre a dit hier. Elle a dit qu'il n'y aurait pas de crédits supplémentaires dans l'enveloppe budgétaire, mais que l'on pourrait dégager des ressources pour les soins palliatifs à l'intérieur de l'enveloppe. Elle n'a pas dit que l'absence de crédits supplémentaires signifiait qu'il n'y aurait pas d'amélioration des soins palliatifs. Elle a dit qu'il faudrait redistribuer les crédits.

J'ai lu vos articles. Je vous remercie infiniment.

**La présidente:** Je vous remercie, madame Mullens.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant entendre les représentants de l'*Alberta Indian Health Care Commission*.

Nous sommes heureux de vous recevoir ce soir. Vous avez la parole.

**M. Randy Bottle, président, Alberta Indian Health Care Commission:** Je vous remercie, madame la présidente. En sus d'être président de l'*Alberta Indian Health Care Commission*, je suis également membre de la tribu Blood du sud de l'Alberta.

Sénateurs, au nom de l'*Alberta Indian Health Care Commission*, je veux vous remercier de votre invitation à comparaître aujourd'hui. En tant que membres des Premières nations, nous sommes gravement préoccupés par la question de l'euthanasie et du suicide assisté et des répercussions qu'elle pourrait avoir sur nos collectivités. Je veux vous faire part de certaines de nos réflexions et préoccupations à cet égard.

Le Code criminel ne prévoit actuellement aucune sanction contre les auteurs de tentative de suicide. Cependant, il érige en infraction criminelle le fait d'aider une personne à se suicider. Récemment, la bataille tragique de Sue Rodriguez contre une maladie douloureuse et mortelle a amené tous les Canadiens,



## [Text]

this area ought to be, as well as how the law should reflect those values.

This committee has the unenviable task of struggling with the extremely difficult issues relating to euthanasia and assisted suicide. These issues, rooted as they are in most basic spiritual, moral and ethical values and beliefs, would be difficult in any society. In a pluralistic society such as ours, they are infinitely more troubling.

In the case of First Nations communities, it is extremely difficult for us to give you advice based upon consensus. We ordinarily base most of our policy positions on consensus. A simple majority is not our usual way of deciding critical questions. This is especially true when there are different views on basic values affecting, in this case, literally, life and death. Even in cases where a large majority holds one point of view, if the minority still feels very strongly, we will strive for consensus.

In the question of euthanasia and assisted suicide, not only is there no clear majority, there is extremely intense feeling about the issue. Thus, our presentation to you must respect those feelings.

Recently, we watched Sue Rodriguez face her personal struggle with courage and dignity. Our hearts went out to her, and our hearts go out to others in similar circumstances. The idea that the doctor or other person helping her could receive a prison sentence is repugnant.

On the other hand, we have learned recently that in the Netherlands, where these practices are legal, there are thousands of cases of euthanasia and assisted suicides every single year. This is shocking. We would be alarmed if such a situation were to develop in Canada.

As First Nations communities, we need a lot more information before we can give you advice based upon consensus. In particular, we need answers to the following questions. First, do terminally ill people in the Netherlands feel pressure to end their lives? Second, do terminally ill people in the Netherlands consider themselves a burden on society? Third, has the legalization of euthanasia and assisted suicide changed attitudes in these cases? Fourth, has the provision of palliative and related services in the Netherlands declined since the legalization of euthanasia and assisted suicide? We suspect you will also want answers to these questions before making your final report.

Many arguments about euthanasia and assisted suicide are based upon spiritual or religious values. We respect the religious beliefs of all Canadians. However, we do not feel that the state should pass laws based upon the views of specific religious groups.

At the same time, the state should not be infringing upon the freedom of religion enjoyed by any members of our society. For many Canadians, including most of our First Nations, intervention

## [Traduction]

parlementaires y compris, à reconsidérer les valeurs de la société à cet égard et la manière dont la loi doit les refléter.

Votre comité a la tâche peu enviable de débattre des questions extrêmement difficiles que posent l'euthanasie et le suicide assisté. Ces questions, enracinées comme elles sont dans les valeurs et croyances spirituelles et morales les plus fondamentales, seraient difficiles à trancher dans toute société. Mais dans une société pluraliste comme la nôtre, elles sont infiniment plus troublantes.

Pour nous, les Premières nations, il est extrêmement difficile de donner des avis sur la base d'un consensus. Ordinairement, la plupart de nos positions sont décidées par consensus. La majorité simple n'est pas notre façon habituelle de prendre des décisions cruciales. C'est particulièrement vrai lorsque les avis divergent sur des valeurs fondamentales mettant en jeu, littéralement, la vie et la mort. Même dans les cas où une forte majorité partage un avis donné, si la minorité reste résolument opposée, nous allons rechercher le consensus.

Sur la question de l'euthanasie et du suicide assisté, non seulement n'y a-t-il pas de majorité claire, mais cette question suscite des réactions passionnées. Notre témoignage ici doit respecter ces divergences.

Nous avons récemment suivi le combat personnel que Sue Rodriguez a mené avec courage et dignité. Nous étions avec elle de tout coeur, comme avec tous ceux qui connaissent un drame similaire. L'idée que le médecin ou tout autre personne qui l'a aidée puisse être emprisonné nous répugne.

Néanmoins, nous avons appris récemment qu'aux Pays-Bas, où ces pratiques sont légales, il se produit chaque année des milliers de cas d'euthanasie et de suicide assisté. Cela est choquant. Nous serions alarmés de voir une situation similaire se créer au Canada.

En tant que Premières nations, nous avons besoin d'informations beaucoup plus complètes pour que nous puissions vous donner un avis sur la base d'un consensus. En particulier, nous avons besoin des réponses aux questions suivantes. Premièrement, est-ce que les malades en phase terminale subissent aux Pays-Bas des pressions pour mettre fin à leurs jours? Deuxièmement, est-ce que les malades en phase terminale aux Pays-Bas se considèrent comme un fardeau pour la société? Troisièmement, est-ce que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté a modifié les attitudes à cet égard? Quatrièmement, est-ce que la disponibilité des services palliatifs et connexes a décliné aux Pays-Bas depuis la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté? Nous avons l'impression que vous voudrez vous aussi connaître les réponses à ces questions avant de rédiger votre rapport final.

Bon nombre des arguments concernant l'euthanasie et le suicide assisté sont fondés sur des valeurs spirituelles ou religieuses. Nous respectons les croyances religieuses de tous les Canadiens. Cependant, nous n'estimons pas que l'État doive fonder ses lois sur les vues d'aucun groupe religieux particulier.

En revanche, l'État ne doit pas non plus empiéter sur la liberté de religion d'aucun membre de notre société. Pour maints Canadiens, y compris pour la plupart des autochtones, l'interven-



## [Texte]

to alter the natural time of death raises the most serious questions about spirituality and belief.

At the present time, the health status of First Nations is significantly lower than that of other Canadians. For many in our communities, life is tenuous. The suicide rate, particularly among teenagers and young adults, is very high. In some communities, it is eight times the national average.

Our people become concerned when assisted suicide is being considered. We understand the different circumstances facing the terminally ill, yet, many of our young people consider their situation equally desperate. If assisted suicide were legal for the terminally ill, what do we tell a young person who sincerely considers his or her circumstances to be utterly hopeless?

In the case of the elderly, who may be facing a terminal illness, we want to be certain that they never feel even the most subtle pressure to consider ending their lives unnaturally, regardless of their physical condition. The elders are the most important resource in our communities. They are the source of cultural, intellectual and spiritual guidance. We never want them to feel that they are a burden, regardless of their medical condition.

Similarly, the terminally ill patient who is dependent upon expensive life support systems may feel a subtle and unspoken, but nonetheless real, social obligation at least to consider suicide. If we, by our laws, apply even the most minute, unspoken pressure to such a person, then we have done an unspeakable wrong.

Finally, there are in our society those who may be tempted to manipulate others into suicide for personal gain or other improper reasons. Does legalization encourage such people?

Based upon all these factors, the Alberta Indian Health Care Commission makes four recommendations.

First, any amendments to the Criminal Code in the areas of euthanasia and assisted suicide should be postponed until First Nations communities and other Canadians have had an opportunity to explore all the factors involved; the experience of other jurisdictions; possible negative implications; and their own values.

Second, sentencing guidelines which will enable judges to apply penalties, including no penalty at all, appropriate in the circumstances, should be provided. It has become an accepted practice in many courts to consider the advice of sentencing circles of elders before sentencing many of our people. This practice should be considered before sentencing in cases of euthanasia and assisted suicide.

Third, we recommend that government officials in charge of pardons automatically review convictions in this area.

Fourth, widespread consultations aimed at finding a broad consensus on this difficult subject should be started.

## [Translation]

tion pour modifier le moment naturel de la mort soulève les plus graves interrogations spirituelles.

La situation sanitaire des Premières nations est aujourd'hui nettement inférieure à celle des autres Canadiens. Pour beaucoup d'entre nous, la vie est ténue. Le taux de suicides, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes, est très élevé. Dans certaines collectivités, il est huit fois plus important que la moyenne nationale.

Nous sommes gagnés par l'inquiétude lorsqu'il est question de suicide assisté. Nous comprenons bien la situation particulière des malades condamnés mais beaucoup de nos jeunes considèrent leur situation comme tout aussi désespérée. Si le suicide assisté est légal pour les malades condamnés, que disons-nous à un jeune qui considère sincèrement que sa vie est sans aucun espoir?

Dans le cas des personnes âgées atteintes de maladie mortelle, il faut assurer qu'elles ne ressentent jamais la moindre pression, même la plus subtile, à mettre fin à leurs jours de façon non naturelle, quel que soit leur état physique. Les anciens sont la ressource la plus précieuse de nos collectivités. Ils sont nos guides culturels, intellectuels et spirituels. Ils ne doivent jamais se sentir un fardeau, quel que soit leur état de santé.

De même, le malade condamné qui dépend d'appareils coûteux pour être maintenu en vie peut ressentir une obligation sociale, subtile et tacite mais néanmoins réelle, d'envisager à tout le moins le suicide. Si, par nos lois, nous appliquons même la pression la plus infime et tacite à une telle personne, nous aurons causé un mal indicible.

Enfin, d'aucuns dans notre société peuvent être tentés de manipuler d'autres pour les pousser au suicide, pour leur avantage personnel ou d'autres motifs illégitimes. Est-ce que la légalisation les y encouragerait?

Sur la base de ces considérations, l'Alberta Indian Health Care Commission formule quatre recommandations.

Premièrement, que toute modification du Code criminel en matière d'euthanasie et de suicide assisté soit reportée jusqu'à ce que les collectivités des Premières nations et d'autres Canadiens aient pu explorer tous les facteurs en jeu, l'expérience faite à l'étranger, d'éventuelles répercussions néfastes et leurs valeurs propres.

Deuxièmement, il conviendrait d'établir des lignes directrices relatives à la détermination des peines autorisant les juges à imposer toute peine, y compris l'absence de peine, en fonction des circonstances. Il est devenu courant dans beaucoup de tribunaux de tenir compte des avis des cercles de détermination de la peine composés d'anciens avant d'imposer une peine aux autochtones. Cette pratique devrait être suivie dans les cas d'euthanasie et de suicide assisté.

Troisièmement, nous recommandons que les fonctionnaires responsables des pardons soient automatiquement saisis des condamnations dans ce domaine.

Quatrièmement, que de larges consultations soient lancées dans le but de dégager un large consensus sur ce sujet difficile.



## [Text]

In conclusion, honourable senators, we at the Alberta Indian Health Care Commission feel that the legal considerations which faced Sue Rodriguez and others in her situation are not acceptable. At the same time, however, we are deeply concerned that the legislation of euthanasia and assisted suicide may create pressures on the terminally ill to consider suicide at times when they should not otherwise do so. Even the most subtle or self-generated pressure of this sort is intolerable.

We are also concerned that legislation may make suicide seem a more acceptable alternative for those people — especially young people — who feel desperate at a point in their lives when we as a society should be helping them to face the future with confidence.

Finally, we are startled and alarmed by the numbers of people in the Netherlands who currently opt for euthanasia and assisted suicide.

For all these reasons, we ask you to take the time to give this critical question the research it deserves, as well as the in-depth public consultation it deserves.

Thank you. If you have any questions, I will be more than willing to answer them.

**Senator Corbin:** I thank the witness for his presentation. I fully appreciate what you are telling us in terms of what kind of message or signal the legalization of euthanasia could send to our younger people. I have raised this issue before in committee.

If I understand you correctly, you are saying that the Criminal Code should be left as it is until such time as there has been a proper debate on these issues within the Canadian community. I suspect you feel that there has not been a proper debate and examination of the issues involved at this time. In other words, Canadian society generally does not understand what the issue is all about. Sometimes they do not even understand the meaning of the words being used.

However, in freezing the provisions of the Criminal Code, or leaving them as they are for the time being, you do come forward with suggestions and guidelines that would allow judges to apply, as you say, penalties appropriate to the circumstances. Could you expand a little more on that notion?

**Mr. Bottle:** In some of our communities the elders play an important role. This is why in extreme circumstances in which we need advice we tend to turn to the elders in our community. Some courts recognize the involvement and input from the elders of our community. They feel that, as an alternative to sentencing, the elders' role would be to deal with these people, especially the young people. The courts also look at other aspects such as how a move would impact these individuals if they were to be removed from a community where they have spent their whole lives.

The courts rely on the input of elders. In some cases, people have been released to the elders for a period of time in which they would go through a cultural type of counselling in order to assist them with their problems.

## [Traduction]

En conclusion, honorables sénateurs et sénatrices, nous, de l'*Alberta Indian Health Care Commission*, jugeons que les rigueurs juridiques que Sue Rodriguez et d'autres dans la même situation ont dû affronter ne sont pas acceptables. En revanche, nous craignons profondément que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté ne donne lieu à des pressions exercées sur les malades condamnés afin qu'ils envisagent le suicide. Même la pression la plus subtile ou autoengendrée est intolérable.

Nous craignons également qu'une telle légalisation ne fasse du suicide une option plus acceptable pour ceux (et particulièrement les jeunes) qui sont désespérés à un moment de leur vie où la société devrait au contraire les aider à envisager l'avenir avec confiance.

Enfin, nous sommes étonnés et alarmés par le nombre de gens qui optent pour l'euthanasie et le suicide assisté aux Pays-Bas.

Pour toutes ces raisons, nous vous demandons de prendre le temps de faire des recherches et de mener les consultations publiques approfondies que cette question cruciale mérite.

Je vous remercie de votre attention. Si vous avez des questions, je serai plus que disposé à y répondre.

**Le sénateur Corbin:** Je remercie le témoin de cet exposé. Je comprends tout à fait ce que vous nous dites sur le plan du message ou du signal que la légalisation de l'euthanasie pourrait envoyer à nos jeunes. J'ai déjà soulevé cette question ici même.

Si je vous ai bien suivi, vous dites qu'il faut laisser le Code criminel inchangé jusqu'à ce qu'un débat approfondi ait pu avoir lieu dans la société canadienne sur ces questions. J'ai l'impression que vous considérez qu'il n'y a pas eu un débat suffisant, autrement dit que la société canadienne en général ne comprend pas ce qui est en jeu. Parfois, les gens ne comprennent même pas la signification des termes employés.

Cependant, en gelant les dispositions actuelles du Code criminel, vous recommandez que des lignes directrices soient adoptées qui permettent aux juges d'appliquer des peines appropriées selon les circonstances, pour reprendre votre expression. Pourriez-vous expliquer un peu mieux cette notion?

**M. Bottle:** Dans certaines de nos collectivités, les anciens jouent un rôle important. C'est pourquoi, dans les circonstances extrêmes où nous avons besoin de conseils, nous nous tournons vers eux. Certains tribunaux reconnaissent cette participation et ces avis des anciens de notre collectivité. Ils s'en remettent aux anciens pour appliquer la sanction appropriée, particulièrement lorsqu'il s'agit de jeunes. Ils tiennent compte également d'autres considérations telles que l'effet sur les contrevenants s'ils étaient séparés de la collectivité dans laquelle ils ont passé toute leur vie.

Les tribunaux écoutent donc les avis des anciens. Dans certains cas, on a même confié les contrevenants aux anciens pendant quelque temps pour un counselling de type culturel, afin de les aider à surmonter leurs problèmes.



[Texte]

However, in some cases the courts do not recognize this type of approach. We are saying there ought to be more involvement of the cultural aspect when it comes to sentencing many of our First Nations people.

**Senator Carstairs:** One of the suggestions we have heard in the debate on the legalization of euthanasia or assisted suicide is that people who wish to access it would have to appear either in person, or videotape, depending on their illness, before a judge. They would have to set out to the judge the reasons why they want euthanasia or assistance in their suicide. The family would be given an opportunity to say why they did not want this particular person euthanized.

Carrying on your analogy about sentencing circles, which also can be healing circles, could you envisage a time when the elders could do a similar thing? For example, someone in the aboriginal community suffering from a terminal illness would appear before the elders giving their reasons as to why they want to be euthanized or why they want assistance in committing suicide in order to get advice and, ultimately, a decision from the elders.

**Mr. Bottle:** Senator Corbin brought up the issue of the interpretation and understanding of the terms "euthanasia" and "assisted suicide". If you take into consideration many of the social problems experienced in First Nations communities, you will see that many of the youth probably misunderstand those terms. They would see that as a legalized form of taking their own lives.

When I talk about suicide and the alarming rates, these are contentious issues that we must deal with in First Nations communities. The misinterpretation of the terms is one of the problems we would have, and it creates concern among members of the community.

You talk about an individual approaching either elders or a spiritual society and seeking advice and asking that decisions are made for them. I do not think that will ever occur. The elders and spiritual leaders firmly respect life. In their prayers, they pray for people to have a long and respectful life. It is not part of our culture to actually approve of someone taking their own life. They do not want to alter nature. When it comes to terminally ill people, they leave that in the hands of the Creator. They will make every effort to ensure that an individual does get well. They will pray for that person right to the final breath. This is why I would say that you will never have the consent of our spiritual leaders or elders when they are approached in that fashion.

**Senator Carstairs:** My second question has to do with whether the commission has taken a stand on when an individual has a right to say, "Enough is enough," in terms of the treatment they receive. Many witnesses have said that individuals should have a right to say "I do not want to be fed via tubes. I do not want to be hooked up to a ventilator, and that is my decision as a human being. These are unnatural things, and I have a right to disclaim unnatural things".

[Translation]

Cependant, parfois les tribunaux rejettent ce genre d'approche. Nous disons que l'aspect culturel devrait compter davantage lorsqu'il s'agit de déterminer les peines de bon nombre de nos autochtones.

**Le sénateur Carstairs:** L'une des suggestions qui nous ont été faites lors de ce débat sur la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté est que les personnes souhaitant s'en prévaloir comparaissent soit en personne, soit par enregistrement vidéo interposé si elles sont très malades, devant un juge. Elles devraient indiquer à un juge pour quelles raisons elles veulent l'euthanasie ou le suicide assisté. La famille aurait l'occasion de dire pourquoi elle ne souhaite pas que la personne soit euthanasiée.

Pour pousser plus loin votre analogie avec les cercles de détermination de la peine, qui peuvent également être des cercles de guérison, pourriez-vous imaginer un rôle similaire pour les anciens? Par exemple, un malade autochtone au stade terminal pourrait comparaître devant les anciens pour exposer les raisons pour lesquelles il veut être euthanasié ou pourquoi il veut une assistance au suicide, et obtenir les avis et la décision des anciens.

**M. Bottle:** Le sénateur Corbin a soulevé la question de l'interprétation et de la compréhension des termes «euthanasie» et «suicide assisté». Si vous songez aux nombreux problèmes sociaux qui se posent dans les collectivités des Premières nations, vous verrez que bon nombre de nos jeunes se méprennent probablement sur le sens de ces termes. Ils y verraient une façon légalisée de se supprimer.

Lorsque je parle des taux alarmants de suicides chez nous, ce sont là des problèmes graves que nous avons au sein de nos collectivités autochtones. L'interprétation erronée des termes est l'un des problèmes que nous aurions et ils nous inquiètent.

Vous envisagez qu'une personne se présente devant des anciens ou une société spirituelle pour demander des avis et qu'une décision soit prise pour elle. Je ne pense pas que cela se fasse jamais. Les anciens et les chefs spirituels ont un profond respect de la vie. Dans leurs prières, ils demandent pour les autres une vie longue et respectée. Il est étranger à notre culture d'approuver l'acte de quelqu'un qui met fin à ses jours. Ils ne veulent pas modifier la nature. S'agissant de malades condamnés, ils s'en remettent au Créateur. Ils feront tout pour que la personne se rétablisse. Ils vont prier pour cette personne jusqu'à son dernier souffle. C'est pourquoi je pense que les anciens ou les chefs spirituels qui seraient ainsi consultés ne donneraient jamais leur consentement à la mort.

**Le sénateur Carstairs:** Ma deuxième question est de savoir si la commission a pris position sur le droit d'une personne à refuser le traitement, de dire «cela suffit». Nombre de témoins nous ont dit que les malades devraient avoir le droit de dire «je ne veux pas être alimenté par des tubes, je ne veux pas être branché sur un respirateur, c'est ma décision en tant qu'être humain. Toutes ces choses ne sont pas naturelles et j'ai le droit de rejeter ce qui n'est pas naturel».

[Text]

**Mr. Bottle:** Again, in most cases, it would be up to the individual to make that choice. However, as a commission, we have not gone out to the communities to seek their advice because this is a very sensitive issue for First Nation people. It is almost like an uphill battle when we are dealing with suicide in our communities. We have not made any attempts to, or had the time to, consult with First Nations communities.

I, personally, have sought some advice and asked some of our students how they feel about this issue. These students, ranging in age from 20 to 45, were attending one of our community colleges. Their response was that they respect what our elders are saying. They oppose any legislation being passed. They feel that they did not have the time to properly discuss this with their own families and members of the community.

Going back even before the arrival of the Europeans, you had nations that had their own governments, their own health care system, and their own method of dealing with their own tribe as a whole. The life of First Nations people centred around their children. They protected their children. Since the arrival of the Europeans, and because of being forced to live on small tracts of land and being forced to go into residential schools, many of our religious societies went underground. At that time they were forbidden to speak their language and to practice their religion. In order to survive, they had to take that course of action.

As I indicated, respect for life is something that has been with our people for thousands of years. I would certainly say the thinking before the arrival of the Europeans and the thinking of our elders today has not changed. These are some of the values that will continually be passed on to our people because we want our cultures, values and principles to survive.

**Senator DeWare:** I thank you very much for your presentation. I think some of your recommendations are very good.

Do you feel that, if assisted suicide were legalized, it would create a misconception among your youth and would increase the number of suicides?

**Mr. Bottle:** I am not saying it will increase the number of suicides, but it will certainly be a way for the youth to find that as the only alternative in ending their lives. Now they have to deal with what will happen to them if they fail in their attempt to commit suicide. They would see this as a legal way of ending their lives.

**Senator DeWare:** Is it not a shame that they have the feeling that they are a failure to themselves and to their friends and that they have to go that route? A girl who works for me had a 13-year-old son who committed suicide last summer. To this day, she has no idea why. Of course, you know how elders blame themselves.

Many witnesses have come before our committee and said that there has not been enough study done on palliative care or support teams. We are not talking about mortar and bricks; we are talking about support teams in communities. If that were available to Canadians, would that eliminate some of the thoughts of assisted suicide and euthanasia? There would be a team there to offer support, and they would not have to go the other route, so to

[Traduction]

**M. Bottle:** Encore une fois, dans la plupart des cas, il appartient à l'individu de faire ce choix. Cependant, en tant que commission, nous n'avons pas consulté les collectivités pour voir ce qu'elles en pensent car c'est là un sujet très délicat pour les autochtones. C'est presque une bataille perdue, vu le problème du suicide dans nos collectivités. Nous n'avons pas tenté, ni eu le temps, de consulter les collectivités des Premières nations.

Personnellement, j'ai cherché des avis et demandé à quelques-uns de nos étudiants ce qu'ils en pensent. Ces étudiants, âgés de 20 à 45 ans, fréquentent l'un de nos collèges communautaires. Leur réponse a été qu'ils respectent ce que disent nos anciens. Ils s'opposent à ce qu'une loi soit adoptée. Ils considèrent n'avoir pas eu le temps d'en discuter adéquatement avec leur famille et les membres de leur communauté.

Avant l'arrivée des Européens, nous avions des nations qui avaient leurs gouvernements, leur propre système de santé et leur méthode de régir leur tribu. La vie des autochtones était centrée sur leurs enfants. Ils protégeaient leurs enfants. Depuis l'arrivée des Européens, parce que nous étions forcés de vivre sur des territoires très petits et de fréquenter les écoles résidentielles, nombre de nos sociétés religieuses sont devenues clandestines. À cette époque, on nous interdisait de parler notre langue et de pratiquer notre religion. C'est ce qu'il a fallu faire pour survivre.

Comme je l'ai dit, cela fait des milliers d'années que le respect de la vie existe chez nous. Je dirais que depuis l'arrivée des Européens, la pensée de nos anciens n'a pas changé à cet égard. Cela fait partie des valeurs qui seront continuellement transmises aux nôtres parce que nous voulons que nos cultures, nos valeurs et nos principes survivent.

**Le sénateur DeWare:** Je vous remercie de votre exposé. Je trouve certaines de vos recommandations excellentes.

Pensez-vous que, si le suicide assisté était légalisé, cela engendrerait des idées fausses chez vos jeunes et augmenterait le nombre de suicides?

**M. Bottle:** Je ne dis pas que cela va augmenter le nombre de suicides, mais cela confirmerait certainement chez eux l'idée que c'est la seule alternative pour mettre fin à leur vie. Aujourd'hui ils doivent réfléchir à ce qui se passera s'ils échouent dans leur tentative. Ils y verraient une façon légale de mettre fin à leur vie.

**Le sénateur DeWare:** N'est-ce pas tragique qu'ils aient ce sentiment d'échec et soient obligés de suivre cette voie? Une femme qui travaille pour moi avait un fils âgé de 13 ans qui s'est suicidé l'été dernier. Aujourd'hui encore, elle ne sait pas pourquoi. Bien sûr, vous savez combien les parents rejettent le blâme sur eux-mêmes.

Nombre de témoins qui ont comparu ici ont dit que l'on n'a pas étudié suffisamment les soins palliatifs ou les équipes de soutien. Il ne s'agit pas ici de briques et de mortier, mais d'équipes de soutien dans les collectivités. Si cela était disponible, est-ce que cela n'éliminerait pas certaines des aspirations au suicide assisté et à l'euthanasie? Il y aurait une équipe qui offrirait un soutien et les gens ne seraient pas obligés de choisir cette autre route, en



[Texte]

peak. These people feel that we should not agree to legalize euthanasia and assisted suicide until more study has been done in this country.

**Mr. Bottle:** When I talk about the traditional and religious aspects of this issue, I am not really an expert. Again, this is where I would strongly recommend that you approach the elders of the community. Some of them are very involved in dealing with issues that would have severe and negative impacts on First Nations communities. I suggest you take that approach.

When it comes to dealing with a person's life, I sometimes have a great deal of difficulty in determining what kind of decisions an individual should make. This is why I have to rely on the spiritual guidance of the elders and spiritual leaders in our communities.

At this time, I would like to ask Mr. Saunders to respond to your question as well.

**Mr. Richard Saunders, Alberta Indian Health Care Commission:** I had a reaction when you were asking the question relating to how young people feel. I am not particularly young myself, but a couple of years ago, I had a heart attack. In fact, one of Dr. Keon's colleagues finally took care of me. During that time, I was acutely aware, because of the discussions that are going on in Canada right now, of the amount of money that all of this business was costing the public. That may seem a strange thing to think about when you are having heart surgery, but I am sure that if I thought about it at that time, at age 48, someone in a terminally ill situation is aware that their treatment is costing a great deal of money. It is a terrible thing to talk about, but we are all talking about it these days. I think that would enter their mind.

If we said that euthanasia or doctor assisted suicide were acceptable, and if even one person were nudged in that direction because of cost considerations, we will have done something very wrong. I do not think that is a farfetched notion. I suggest perhaps, Senator Keon, you may have experienced people thinking those things. I was in your institute, and I thought about it. I am sure that a person who is terminally ill may think about it, especially if we hear this bottom-line rhetoric on health care. That is a concern.

**Senator DeWare:** It is not only a matter of cost. We have heard of instances where people felt they were no longer of use to society and that it might be better for their family if they were not around because they would not have the problem of looking after them.

**Mr. Saunders:** They may be self-imposed pressures, but they are issues nonetheless. Do we facilitate those or not facilitate them?

**Senator DeWare:** We feel those could be eliminated with the proper support services in place to counsel and look after those people.

**Mr. Bottle:** Within our society, because of the family structure we have, in most cases the elderly are more or less taken care of by the extended family. This is why we do not want to pressure them or to make them feel that they are a burden. Within our society, we do not consider someone to be an elder at the age of

[Translation]

quelque sorte. Ces témoins pensent qu'il ne faut pas légaliser l'euthanasie et le suicide assisté tant que nous n'avons pas fait plus d'études dans notre pays.

**M. Bottle:** Lorsque je parle des aspects traditionnels et religieux, je ne suis pas vraiment un expert. Encore une fois, c'est pourquoi je vous recommande fortement de consulter les anciens dans nos collectivités. Certains d'entre eux s'occupent de très près de questions qui auraient des répercussions graves et négatives sur les collectivités autochtones. C'est ce que je vous suggère.

S'agissant de la vie d'une personne, j'ai parfois beaucoup de difficulté à savoir quelle décision une personne devrait prendre. C'est pourquoi je dois m'en remettre aux conseils spirituels des anciens et des dirigeants spirituels de nos collectivités.

J'aimerais demander à M. Saunders de répondre à votre question.

**M. Richard Saunders, Alberta Indian Health Care Commission:** J'ai réagi lorsque vous avez posé la question sur ce que ressentent les jeunes. Je ne suis pas particulièrement jeune moi-même, mais il y a quelques années j'ai fait une crise cardiaque. En fait, l'un des collègues du docteur Keon a fini par s'occuper de moi. Pendant toute cette époque, j'avais une conscience aiguë, à cause de toutes les discussions qui sont en cours au Canada en ce moment, de l'argent que tout cela coûtait au public. Il peut paraître étrange de penser à cela lorsqu'on se fait opérer du coeur, mais je suis sûr que si moi j'y pensais à l'époque, à l'âge de 48 ans, quelqu'un qui est atteint d'une maladie terminale a conscience de l'argent que coûte son traitement. C'est une chose terrible, mais tout le monde en parle ces temps-ci. Je pense que c'est une chose à laquelle ils penseront.

Si nous disons que l'euthanasie ou le suicide assisté par médecin était acceptable, même si une seule personne était poussée en ce sens pour des considérations de coût, nous aurons fait quelque chose de terriblement mal. Je ne pense pas que ce soit une notion tirée par les cheveux. Sénateur Keon, vous avez peut-être constaté cela dans votre service. J'ai séjourné dans votre institut et j'y ai pensé. Je suis sûr qu'une personne atteinte de maladie terminale est susceptible d'y penser, surtout avec tout le battage fait autour du coût des soins de santé. C'est un risque.

**Le sénateur DeWare:** Ce n'est pas qu'une question de coût. On nous a parlé de cas où les gens pensaient qu'ils n'avaient plus d'utilité pour la société et que cela vaudrait mieux pour leur famille s'ils n'étaient plus là car ainsi elle n'aurait plus à s'occuper d'eux.

**M. Saunders:** Les gens peuvent s'imposer ces pressions eux-mêmes, mais elles existent néanmoins. Va-t-on les renforcer ou non?

**Le sénateur DeWare:** Je pense qu'on pourrait les éliminer avec des services de soutien adéquats pour conseiller et s'occuper de ces gens.

**M. Bottle:** Dans notre société, en raison de la structure familiale qui est la nôtre, les personnes âgées sont prises en charge la plupart du temps par la famille élargie. C'est pourquoi nous ne voulons pas exercer de pression sur eux ou leur faire sentir qu'ils sont un fardeau. Dans notre société, nous ne considérons pas que

[Text]

65. However, because of their knowledge and experience, they play an important role within our community. We have a tendency to refer to our elders because we want them taken care of. We do not want to pressure them into feeling they are a burden.

**Senator Keon:** I am sorry I missed the initial part of your presentation. I had to go out and take a phone call. The part I heard was presented with tremendous clarity, and I think you have done a great service. You are presenting part of the enormous mosaic that Canada has to deal with.

The native peoples have a totally different perception of life in this context than some of our urban societies. I fully appreciate the enormity of the problem with your youth.

On the other hand, people have come before us, such as AIDS patients, who feel that society is doing them a tremendous injustice in that we want to keep them going when they do not want to be kept going; and they feel that there should be some flexibility in the system to allow that.

As I sit here, I am perplexed at how we could have legislation that could suit the needs of everyone on this subject. However, I also feel that we should do something since so many people have needs. Perhaps the legislation has to be tailored to meet the needs of various societal groups. How do you feel about that?

**Mr. Bottle:** Again, it will be a task to tailor legislation that will apply to the various groups within Canada. Today, I am presenting to you the feelings we have on this subject and relaying to you the understanding and the attitudes of First Nations peoples, especially when it comes to taking one's life.

I certainly feel that this issue relates to a matter of choice for an individual. It is a person's choice to do whatever he or she wants with his or her own life. When it comes to spirituality and the teachings of our elders, we have a great deal of respect for that. In some cases, where western medicine has failed, many of our people turn to traditional methods. In a holistic situation — for example, if an individual has AIDS — the individual would go to the community to seek advice from the elders as to how they can prepare themselves for what is inevitable. They would want to feel at peace with themselves. That would be the role of our spiritual leaders and elders. If it is a matter of choice, this is something we all have.

**Senator Corbin:** I have a question about a different concern raised in your presentation. This concern has also been raised by other witnesses. It deals with the statement you make that, "there are those in our society who may be tempted to manipulate others into suicide" — I assume you also mean euthanasia — "for personal gain or other improper reasons." Other witnesses have explained what they meant by that statement. Would you elaborate on what your real concern is in this regard?

**Mr. Bottle:** With respect to any other society, those circumstances would also apply. This is a situation where we would not want individuals within our community to look at this as a way of self-gain, whatever the situation within their families.

[Traduction]

quelqu'un est vieux à l'âge de 65 ans. Cependant, ils jouent un rôle important dans notre collectivité du fait de leurs connaissances et de leur expérience. Nous faisons appel à eux parce que nous ne voulons pas qu'ils se sentent un fardeau.

**Le sénateur Keon:** Je suis désolé d'avoir manqué la première partie de votre exposé, j'ai dû sortir prendre un appel téléphonique. La partie que j'ai entendue a été présentée avec énormément de clarté et je pense que vous nous avez rendu un grand service. Vous nous apportez la perspective d'un élément de l'énorme mosaïque qu'est le Canada.

Les autochtones ont une perception totalement différente de la vie, dans ce contexte, que nos sociétés urbaines. J'ai pleinement conscience de l'énormité du problème que pose votre jeunesse.

Mais, à l'inverse, des gens ont comparu ici, comme les malades du sida, qui jugent que la société leur inflige une énorme injustice en les obligeant à continuer à vivre lorsqu'ils ne le veulent plus et qui pensent que le système devrait être suffisamment flexible pour leur laisser le choix.

Je vois mal quelle législation pourrait répondre aux besoins de chacun à cet égard. Mais je pense aussi que nous devons faire quelque chose parce que tant de gens ont des besoins. Peut-être faut-il tailler la loi de façon à répondre aux besoins des divers groupes de la société. Qu'en pensez-vous?

**M. Bottle:** Encore une fois, ce sera très difficile d'avoir une loi adaptée aux divers groupes du Canada. Je vous fais part aujourd'hui de notre façon de voir et des conceptions des autochtones, particulièrement face au suicide.

Je pense certainement que c'est une question de choix individuel. C'est le choix de chacun de faire ce qu'il veut de sa vie. Mais s'agissant de spiritualité et de l'enseignement des anciens, nous respectons beaucoup cela. Dans certains cas, lorsque la médecine occidentale a échoué, les nôtres se tournent vers les méthodes traditionnelles. Dans une situation holistique (par exemple si quelqu'un est malade du sida) la personne se rend dans sa collectivité pour demander aux anciens comment se préparer à l'inévitable. Ils veulent se sentir en paix avec eux-mêmes. C'est là le rôle de nos anciens et chefs spirituels. Si c'est une question de choix, nous l'avons tous.

**Le sénateur Corbin:** J'ai une question sur un aspect différent que vous avez évoqué dans votre exposé. D'autres témoins l'ont abordée également. Vous avez dit «il y a ceux dans notre société qui pourraient être tentés de manipuler autrui pour les pousser au suicide» (j'imagine que cela couvre également l'euthanasie) «pour leur gain personnel ou d'autres raisons illégitimes». D'autres témoins ont expliqué ce qu'ils entendaient par là. Pourriez-vous nous dire quelle est votre préoccupation réelle à cet égard?

**M. Bottle:** C'est que c'est un risque dans toute autre société. Il s'agit d'éviter que d'aucuns dans notre collectivité y voient une façon d'acquiescer un avantage personnel, selon la situation dans leur famille.



[Texte]

**Senator Corbin:** Are you talking about an inheritance and things of that nature?

**Mr. Bottle:** Anything of that nature. It is difficult to get away from that kind of thinking where monetary gains are a factor. It is very difficult to avoid people thinking that this might be done for personal gain in some cases. Again, it would depend on the circumstances. In most cases, given the situation in communities, if this were to occur, I think it would be a very isolated case.

You must understand that First Nations communities have an 85 per cent unemployment rate. People are dependent on social assistance. That is a result of government regulations and policies.

I would say it would only occur in extreme cases because many First Nations peoples are in a situation where they are living from pay cheque to pay cheque. It would be difficult for other members to have any financial gain based on the circumstances in which they live.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Bottle and Mr. Saunders, for appearing before us today. We needed to have this perspective from the First Nations. We are very conscious that it will be a challenge, as Senator Keon said, to reconcile the different cultural views and beliefs in Canada. However, we will work at it.

**Mr. Bottle:** Madam Chair, I am only expressing my views as chairman of the Alberta commission and also as a member of the Blood tribe, where I often confront these problems in my own community. You are talking about First Nations that are diverse in their cultures, and situations are different throughout the country.

**The Chairman:** We are conscious of that fact.

**Senator Corbin:** Nevertheless, there is a consistency, from B.C. to the East Coast, about this general, philosophical approach of respect for elders and their experience. I have detected that over the years. Therefore, in a sense, you may be speaking for more people than you think.

**Mr. Bottle:** On one of the TV channels, a group of young First Nations people is promoting unity through their talent as musicians. Their songs are based on the circle of life. They consider themselves to be children of the earth, children of wisdom, children of vision, and children of love. This is why we firmly believe that, when it comes to the young people in our communities and we talk about suicide, we must encourage them to continue with their lives. We take this approach because these young people will be our future leaders.

**The Chairman:** Thank you again, gentlemen.

The committee adjourned.

[Translation]

**Le sénateur Corbin:** Parlez-vous d'héritage et de choses de ce genre?

**M. Bottle:** De choses de ce genre. Il est difficile d'éviter de penser ce genre de choses lorsqu'un gain matériel peut être un facteur. Il est difficile d'éviter que les gens pensent que cela aurait pu être fait pour des raisons personnelles, dans certains cas. Encore une fois, tout dépend des circonstances. Mais, étant donné la situation dans nos collectivités, cela ne pourrait arriver que dans des cas très isolés.

Il faut bien voir que les autochtones ont un taux de chômage de 85 p. 100. Les gens vivent de l'aide sociale. C'est le résultat des règlements et des politiques du gouvernement.

Je dirais que cela n'arriverait que dans des situations extrêmes car les autochtones n'ont pas de biens et vivent d'un chèque à l'autre. Il serait donc rare que la mort de quelqu'un apporte un avantage pécuniaire.

**La présidente:** Je vous remercie, monsieur Bottle et monsieur Saunders, d'avoir comparu devant nous. Nous avons besoin de connaître l'optique des Premières nations. Nous sommes très conscients de la difficulté à concilier les différentes valeurs culturelles et croyances qui se rencontrent au Canada, ainsi que le sénateur Keon l'a dit. Cependant, nous ferons de notre mieux.

**M. Bottle:** Madame la présidente, je ne fais qu'exprimer mes vues en tant que président de la commission et membre de la tribu Blood, au sein de laquelle je rencontre souvent ces problèmes. Les Premières nations sont très diverses par leurs cultures et les situations varient de l'une à l'autre.

**La présidente:** Nous en avons conscience.

**Le sénateur Corbin:** Néanmoins, il y a une invariance, de la Colombie-Britannique jusqu'à la côte est, de ce respect général et philosophique pour les anciens et leur expérience. J'ai pu le constater au fil des ans. D'une certaine façon, vous êtes donc plus représentatifs que vous ne le pensez.

**M. Bottle:** Sur l'une des chaînes de télévision, un groupe de jeunes autochtones promeut l'unité par leur talent de musiciens. Leurs chansons sont basées sur le cercle de vie. Ils se considèrent comme les enfants de la terre, les enfants de la sagesse, les enfants de la vision et les enfants de l'amour. C'est pourquoi nous sommes convaincus que, s'agissant de nos jeunes et du suicide, nous devons les encourager à continuer à vivre. C'est notre approche car ces jeunes seront nos dirigeants de demain.

**La présidente:** Encore une fois merci, messieurs.

La séance est levée.















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

*From the Alberta Indian Health Care Commission:*

Randy Bottle;  
Richard Sanders.

*As an Individual:*

Ann Mullens.

*De l'Alberta Indian Health Care Commission:*

Randy Bottle;  
Richard Sanders.

*À titre personnel:*

Ann Mullens.





First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur l'*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# Euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, December 14, 1994

Le mercredi 14 décembre 1994

Issue No. 31

Fascicule n° 31

## APPEARING:

The Honourable Allan Rock, P.C.  
Minister of Justice

## COMPARAÎT:

L'honorable Allan Rock, c.p.  
ministre de la Justice

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(or Berntson)  
Neiman

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(ou Berntson)  
Neiman

\* *Membres d'office*

(Quorum 3)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, December 14, 1994  
(46)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:30 p.m. in Room 505 Victoria Building, the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman.(7)

*Other Senators present:* The Honourable Senators Cools, Desmarais, Grafstein.

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate

## APPEARING:

The Honourable Allan Rock, P.C., Minister of Justice

## WITNESSES:

*From the Niagara Community Impact Committee*

Jake Janzen;  
Janice Buhr;  
Robert Buhr.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 6:15 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

## ATTEST:

*Le greffier du comité*

Gary Levy

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 14 décembre 1994  
(46)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 30, dans la salle 505 l'edifice Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (7)

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Cools, Desmarais et Grafstein.

*Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

## COMPARAÎT:

L'Honorable Allan Rock, c.p., ministre de la Justice.

## TÉMOINS:

Du «*Niagara Community Impact Committee*»:

Jake Janzen;  
Janice Buhr;  
Robert Buhr.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font chacun une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

## ATTESTÉ:

## EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, December 14, 1994

## [Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 4:20 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Honourable senators, I wish to apologize to our witnesses for keeping them waiting. We are trying to compress some of the business and organizational considerations into this meeting.

We are happy to have you with us. I understand we have Mrs. Janice Buhr, Dr. Robert Buhr and Mr. Jake Janzen.

Please proceed with your presentation.

**Mr. Jake Janzen, Niagara Community Impact Committee:** Madam Chairman and senators, I want to thank you for the opportunity to present our views on this most challenging topic.

We are a group of concerned citizens who have banded together to respond to some of the social challenges facing our society. To enable to us to do this, we have formed a community impact committee, or CIC as we call it. As such, we belong to a larger committee for Greater Niagara.

In the audience today are Mr. and Mrs. Edward Heger, who have arranged the logistics of this venture for us. Edward Heger works at General Motors. His wife Joan is a practising nurse.

Also present is my wife, Margaret, who has been a great support for me and our family for over 30 years.

Janice Buhr is a nurse and wife to Dr. Bob Buhr. She is also a mother. Dr. Buhr is a practising medical doctor whose practice is in Fort Erie. We will ask him to respond to questions regarding medical practice.

I teach high school. I am also the chairman of Bethesda Programs, a Schedule II facility for the developmentally challenged. We have a very strong base in the community. We have group homes, a family home program, assessment services and a large residence. We serve a vulnerable population. I am vitally concerned about legislation affecting them.

We are deeply concerned about the sanctity of life and have demonstrated compassion for persons in need, those who are vulnerable. We realize the pressure there is on government to

## TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 14 décembre 1994

## [Traduction]

Le comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 16 h 20, pour poursuivre, en conformité avec son ordre de renvoi, son étude des questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et à l'aide au suicide et pour en faire rapport.

**Le sénateur Joan Neiman** (*présidente*) occupe le fauteuil.

**La présidente:** Honorables sénateurs, nous accueillons aujourd'hui Mme Janice Buhr, le docteur Robert Buhr et M. Jake Janzen, auxquels nous devons des excuses pour les avoir fait attendre. Ils comprendront, j'espère, que nous essayons d'inclure dans la présente réunion certaines questions organisationnelles, de même que des travaux futurs.

Madame et messieurs, nous vous souhaitons la bienvenue.

Vous avez la parole.

**M. Jake Janzen, Niagara Community Impact Committee:** Madame la présidente et honorables sénateurs, je vous remercie de nous avoir invités à exposer nos vues sur cette question des plus délicates.

Nous représentons un groupe de citoyens concernés qui ont décidé de relever ensemble certains défis sociaux qu'affronte notre société. À cette fin, nous avons formé un comité d'impact communautaire (le CIC pour les intimes). En tant que tel, nous relevons d'un comité plus important qui s'occupe de la grande région du Niagara.

Je suis accompagné de M. et de Mme Edward Heger, qui se sont chargés de la logistique de la présente entreprise pour nous. Edward Heger travaille à General Motors. Sa femme, Joan, travaille comme infirmière.

Mon épouse Margaret, une grande source d'appui pour moi et pour ma famille depuis plus de 30 ans, est également présente aujourd'hui.

Janice Buhr est infirmière et l'épouse du docteur Bob Buhr. Elle est aussi une mère. Le docteur Buhr est un médecin qui pratique dans la région de Fort Erie. Nous lui demanderons de répondre aux questions qui concernent la médecine.

Moi-même, j'enseigne dans un établissement de niveau secondaire. Je suis également président des programmes de Bethesda, un établissement de l'Annexe II qui accueille ceux qui sont aux prises avec des difficultés de développement. Nous bénéficions d'un large appui au sein de la collectivité. Nous offrons des foyers de groupe, un programme de maintien au foyer, des services d'évaluation et une énorme maison d'accueil. Notre clientèle est vulnérable. La législation l'affectant me préoccupe donc particulièrement.

Profondément convaincus du caractère sacré de la vie, nous avons toujours fait preuve de compassion à l'égard des personnes dans le besoin, des membres vulnérables de notre société. Nous



## [Texte]

change existing laws. It is with heavy hearts that many of us contemplate the future.

Madam Chairman, with your permission, we will be making two presentations. We anticipate questions after the presentations are finished.

In order for me to be understood more clearly, let me offer some definitions. First, "euthanasia" is a Greek word meaning "good death", not necessarily caused by a physician.

"Active euthanasia" is defined as action which directly causes or hastens death.

"Passive euthanasia" really should not be called euthanasia at all. It is an act of omission which allows or hastens death; an act which determines the time of death only. The disease causes death. This is not euthanasia, just good medical practice.

The next term is "voluntary euthanasia", which is defined as an act which hastens or causes death at the request of the patient.

"Non-voluntary euthanasia" is defined as an act which hastens or causes death which is not requested by the patient.

"Mercy killing" is an act which hastens or causes death which may or may not be requested by the patient, for reasons of mercy.

George Orwell, in his book *1984* — and I am sure we are all well aware that we are now 10 years past that futuristic dateline — approaches our problem of "newspeak", wherein language receives new meanings. Right becomes wrong, and wrong becomes right. Citizens can no longer distinguish between right and wrong. How can we then find our direction through a maze of moral issues like euthanasia when morality has been turned upside down? Suicide has become "death by choice", which sounds rather heroic. "Killing" has become "mercy killing" or "dying with dignity", which sound so much better but which still mean the same thing as "killing". Holland has even coined the phrase "killing is healing" or "killing can be healing", which shows how far this manipulation of language can go.

I should like to make an aside at this point, Madam Chairman. On Monday nights, I conduct a Dutch choir. It is composed of people who have come recently from Holland. I told them last Monday that I would be speaking before your committee. They said, "Please speak on our behalf because we do not agree with what Holland is doing."

One lady in particular came to me and said, "I feel so terrible about what is happening in Holland at this time. Please pass that on." I am doing that now.

## [Translation]

sommes conscients que le gouvernement subit des pressions en vue de modifier nos lois. C'est le coeur lourd que nombre d'entre nous envisagent l'avenir.

Madame la présidente, avec votre permission, nous ferons deux exposés, après quoi nous répondrons aux questions.

Afin d'être bien compris, j'aimerais donner au départ certaines définitions. Tout d'abord, le terme «euthanasie» est un mot grec qui signifie «bonne mort», une mort qui n'a pas forcément été provoquée par un médecin.

L'«euthanasie active» se définit comme un acte qui provoque directement ou précipite la mort.

Enfin, ce qu'on appelle l'«euthanasie passive» ne devrait pas vraiment être qualifié d'euthanasie. Il s'agit d'un acte d'omission qui permet ou précipite la mort, qui détermine uniquement le moment de la mort. La maladie est celle qui provoque la mort. Ce n'est pas de l'euthanasie, mais simplement une bonne pratique médicale.

Ce qui nous amène à l'«euthanasie volontaire», que l'on définit comme un acte qui précipite ou provoque la mort à la demande du patient.

L'«euthanasie non volontaire», elle, consiste à poser un acte qui précipite ou cause la mort, sans que le malade en ait fait la demande.

Enfin, le «meurtre par pitié» est un acte fait par compassion qui précipite ou provoque la mort, sollicitée ou non par le malade.

Dans son livre intitulé *1984* (et nous savons tous, j'en suis convaincu, que dix ans se sont écoulés depuis cette échéance futuriste) George Orwell aborde le problème du «newtalk», par lequel les mots changent de sens. Le bien devient le mal et, inversement, le mal se transforme en bien. Les concitoyens ne sont plus capables de faire la distinction entre le bien et le mal. Comment demeurer dans la bonne voie quand il faut faire le tour d'une multitude de questions morales comme celles de l'euthanasie, alors que la moralité est sens dessus dessous? Le suicide est devenu la «mort par choix», expression à connotation plutôt héroïque. Le «meurtre» devient un «meurtre par pitié» ou une «mort digne» qui sonne beaucoup mieux à nos oreilles, mais qui n'en demeure pas moins un meurtre. La Hollande a même inventé l'expression «tuer peut guérir», ce qui montre à quel point on peut manipuler la langue.

À ce stade, j'aimerais faire une parenthèse, madame la présidente. Les lundis soirs, je dirige une chorale composée d'immigrants arrivés récemment de Hollande. Lundi dernier, je leur ai annoncé que je témoignerais devant votre comité. Ils m'ont demandé de vous dire de leur part qu'ils ne sont pas d'accord avec ce qui se passe en Hollande.

Une dame en particulier m'a dit à quel point elle était bouleversée par ce qui se produit en Hollande en ce moment. Elle m'a demandé de vous en faire part, ce que je fais maintenant.

## [Text]

I would like to give a bit of history about this shift in meanings and morals. Medical science has made great strides in relieving pain and prolonging life. For a time we thought that anything and everything which would prolong life must always be done. However, this became frightfully costly. We realized that putting life on hold was economically not feasible. Thus, we turned away from this dream and became afraid, not of prolonging life but of prolonging death.

We tried to find our own answers to this problem. If life were reduced to the pursuit of pleasure alone, then suffering makes no sense. When suffering comes, the most sensible response is to opt out. It also seems to make sense that when this happens the family would opt out on the dying member's behalf. Thus, the family would be spared suffering with the family member his or her own emptiness and meaninglessness of life.

The AIDS epidemic has produced another pressure point for society. If the sufferer's world no longer offers pleasure, if death seems inevitable and you are looked on as a burden to society, then at that point it is easy to take the easy way out.

What are the reasons for wanting death by choice? First, it is to escape life because of pain and intolerable conditions. Second, it is to control one's own life. The incentives for ending life would be to reduce the burden on the family or society. Asking, "Would you like to end it all?" certainly sends the message that would indicate that it would be a good idea.

The family has its own reasons for wanting an early death, such as the desire to end suffering, the financial burdens, caring for the member on an ongoing basis, endless trips to the hospital and a great deal of stress on everyone.

In the last two weeks, we have seen the suffering end for two of our friends who have just died of cancer. We know something of the meaning of this stress on everyone involved, yet both people died with dignity, without having to be reduced to a choice of whether or not to take their own lives. They died a natural death, one with serenity and dignity.

Doctors have their own incentives, which are due to patient load, hospital costs and the inevitability of death. We can see the enormous pressures for death by choice. The decision seems to rest in the hands of the powerful, since the patient most often is powerless, weak and incapable of making those decisions. If we allow, in law, that there be criteria by which a decision may be made to terminate human life, then there is no stopping the application of these criteria to people who may not wish to die.

What then are the forces against the notion of death by choice? There is only one — because a group of people like us says that it is wrong. That is all. This is the only single force lined up on the

## [Traduction]

J'aimerais aussi faire une brève historique des nouveaux sens donnés aux mots et de la nouvelle moralité. La médecine a fait d'énormes progrès dans le soulagement de la douleur et le prolongement de la vie. Pendant un certain temps, nous avons cru qu'il fallait tout faire pour prolonger la vie. Toutefois, cette solution s'est avérée extrêmement coûteuse. Nous nous sommes alors rendu compte que nous n'avions pas les moyens de prolonger indéfiniment la vie. Nous avons donc abandonné ce rêve. Dorénavant, nous craignons non pas de prolonger la vie, mais de prolonger la mort.

Nous avons cherché nos propres solutions à ce problème. Si la vie se résumait à la simple poursuite du plaisir, alors la souffrance n'y aurait pas sa place. La réaction la plus sensée d'une personne souffrante serait donc de renoncer à la vie. Ce serait aussi la réaction la plus sensée pour la famille qui déciderait pour le compte du mourant. Ainsi, la famille s'épargnerait d'avoir à subir, en compagnie de l'être cher, la vacuité et la futilité de la vie.

L'épidémie de sida a exercé d'autres pressions sur la société. Si la vie de la personne qui en est atteinte est sans plaisir, si la mort semble inévitable et que l'on vous voit comme un fardeau pour la société, il est alors aisé d'opter pour la solution facile.

Quelles sont les raisons pour lesquelles on pourrait désirer une mort par choix? Tout d'abord, on pourrait vouloir cesser de vivre en raison de la douleur et de conditions intolérables. Ensuite, on pourrait vouloir exercer un contrôle sur sa vie. Une personne pourrait vouloir mettre fin à ses jours pour réduire le fardeau qu'elle représente pour la famille ou la société. En lui demandant si elle préfère mettre fin à ses jours, on lui signifie certes que ce serait peut-être une bonne idée de le faire.

La famille a ses propres raisons de vouloir une mort précoce: pour mettre fin à la souffrance, pour se libérer d'un fardeau financier, pour n'avoir plus à prodiguer des soins permanents à un de ses membres et à faire de constants déplacements jusqu'à l'hôpital et pour soulager tous les membres de beaucoup de stress.

Au cours des deux dernières semaines, nous avons assisté à la fin des souffrances de deux de nos amis qui viennent de mourir du cancer. Nous connaissons donc un peu le stress que vivent tous ceux qui sont touchés. Pourtant, ces deux personnes sont mortes dans la dignité, sans avoir à décider si elles devaient mettre fin à leurs jours ou non. Elles ont eu une mort naturelle, sereine et digne.

Les médecins ont d'autres raisons qui leur sont propres, par exemple le nombre de patients à traiter, le coût des soins hospitaliers et l'inéluctabilité de la mort. Nous sommes en mesure de constater les énormes pressions exercées en faveur d'une mort par choix. La décision semble appartenir aux puissants de ce monde, puisque le patient est le plus souvent impuissant, faible et incapable de faire ces choix. Si la loi autorise, en fonction de certains critères, la mise à mort d'autrui, rien n'empêchera alors l'application de ces critères à des personnes qui ne souhaitent pas mourir.

Ainsi, quelles sont donc les forces qui s'opposent au principe de la mort par choix? Il n'y en a qu'une: la volonté d'un groupe comme le nôtre qui y est opposé. C'est tout. Elle est la seule alliée



## [Texte]

side of the dying and the weak. We must force society to consider carefully this imbalance.

Once the taboo against taking human life is legislated away, who will be next? Do we really want to live in a society which legitimizes someone's right to say, whether of himself or another, "This life is unfit. Let's end it"?

The judicial apparatus of Canada provides for elaborate mechanisms of appeal and second thought. They are: the assignment of a legal advocate to those who cannot afford one; the careful weighing of evidence, not once, but several times, and under the supervision of someone highly trained in questions of law and cross-examination. And all of this where the ultimate penalty is not death, but life imprisonment.

How then can we so lightly consider euthanasia? Are you and I prepared to have someone else make decisions about our death when the time or situation warrants it? Our answer is a resounding no. We believe in the sanctity of life. Life is a gift given to us which should be cherished regardless of the circumstances.

What is the legal negative fallout on this issue of death by choice? First, for patients, it presents an option they would likely not want to have and would cause more stress than not having it. As long as death by choice is illegal, we keep people alive by default, and they do not need to make decisions justifying their existence. Once death by choice becomes legal, they are responsible for a choice for which they can be held responsible. The most vulnerable and weak among us will feel the pressure of feelings of uselessness, and will give into the pressures of the easy way out, even though he or she may not wish to die.

Second, physicians would be more vulnerable and extend their range of power over society. Physicians had this power about 2,000 years ago. Hippocrates said, "This is enough," and medicine became a healing science. Do we want to fear, again, the doctor's approach because we do not know whether he will be bringing health or death?

Third, it would tend to weaken the prohibition of homicide. It has always been difficult to restrain homicide. How much more so once we say that it may be in the best interest of some people to be killed?

Fourth, we encounter the moral slippery slope. At first, the slope seems easily controllable; but the further we go, the faster we start to move down that slope, until we lose all control. One thing is connected to another; one thing leads to the next. That is a truth at which we cannot scoff. Crossing from the first step to the last step is unthinkable, but when many little steps are taken which seem inevitable and logical, the real direction we are moving in and the speed at which we are moving is not evident until it is too late.

Let me illustrate this moral slippery slope. The basis for all death by choice theory is patient autonomy; that is, the patient has the right to do whatever he or she pleases. As long as the action involves only the patient, we can probably define and defend the

## [Translation]

des mourants et des faibles. Il faut obliger la société à s'interroger à fond sur ce déséquilibre.

Qui seront les prochains, lorsque le tabou entourant le fait d'ôter la vie aura été éliminé? Souhaitons-nous vraiment vivre au sein d'une société qui donne à quelqu'un le droit de dire, que ce soit pour lui-même ou pour une autre personne, que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue et qu'il faut y mettre fin?

L'appareil judiciaire canadien prévoit d'imposants mécanismes d'appel et de réflexion: le droit à un conseiller juridique pour ceux qui n'en ont pas les moyens; l'examen détaillé de la preuve, non pas une fois, mais plusieurs fois, sous la surveillance d'une personne très compétente en matière de droit et de contre-interrogatoire. Nous prévoyons tout ceci alors que la peine ultime est, non pas la mort, mais l'emprisonnement à vie.

Comment peut-on faire si peu de cas de l'euthanasie? Vous et moi, sommes-nous disposés à laisser un autre prendre des décisions au sujet de notre mort lorsque la situation le justifie? Nous vous répondrons par un non retentissant. Pour nous, la vie est sacrée, un don à chérir, quelles que soient les circonstances.

Quelle est la conséquence juridique de la mort par choix? En premier lieu, elle donne au patient une option qu'il ne voudrait probablement pas avoir et qui lui causerait plus de stress que s'il n'avait pas ce choix. Aussi longtemps que la mort par choix est illégale, nous maintenons les gens en vie par défaut, de sorte qu'ils n'ont pas besoin de justifier leur existence. Une fois légale la mort par choix, ils ont à faire un choix dont on peut les tenir responsables. Les plus vulnérables et les plus faibles parmi nous, se sentant inutiles, craqueront et choisiront la solution facile, même s'ils ne souhaitent pas vraiment mourir.

En deuxième lieu, les médecins seraient plus vulnérables et élargiraient leur emprise sur la société. Les médecins avaient ce pouvoir, il y a environ deux millénaires. C'est alors qu'Hippocrate s'est insurgé et que la médecine est l'art de la guérison. Voulons-nous vraiment recommencer à craindre le médecin parce que nous ignorons s'il nous guérira ou s'il mettra fin à nos jours?

En troisième lieu, la mort par choix affaiblirait l'interdiction de l'acte d'homicide. Il a toujours été difficile d'empêcher cet acte. Vous pouvez imaginer à quel point ce sera difficile s'il est permis de tuer certaines personnes dans leur meilleur intérêt?

En quatrième lieu, nous en arrivons à l'argument de la pente dangereuse. Au début, on croit pouvoir facilement contrôler la descente le long de cette pente; puis, plus on avance, plus on se déplace vite le long de cette pente, jusqu'à ce que perdre tout contrôle. Une chose mène à une autre. C'est là une vérité que l'on ne peut ignorer. Passer du premier petit pas au dernier grand est inconcevable. Par contre, lorsqu'on franchit de nombreuses petites étapes qui semblent inévitables et logiques, on ne se rend pas compte, jusqu'à ce qu'il soit trop tard, de la voie que l'on a empruntée et de la rapidité avec laquelle tout se fait.

Permettez-moi de vous en donner un exemple. La théorie de la mort par choix repose sur l'autonomie du patient, c'est-à-dire que le patient a le droit de faire ce qu'il lui plaît. Tant et aussi longtemps que l'acte n'engage que le patient, nous pouvons



*[Text]*

action. The minute the action no longer only affects the patient, we are no longer only talking about autonomy.

Does the patient have the right to have any request of the doctor fulfilled? Surely not, for then, the doctor becomes a morally-neutered technocrat. If it makes sense for the doctor to leave enough medication for the patient to commit suicide, then why not let the doctor administer it if the patient is incapable of doing so? If this makes sense, then why not give it to someone who has requested it in her will and who is now unconscious? If that makes sense, then why not do it for an unconscious person who neglected to put it in her will but who frequently spoke of it? If you accept that a patient has the right to die, you are not only accepting that the patient has the right, but that someone else has the obligation to do it for the patient.

What about the comatose patient? Are we not depriving him of the right to die? Euthanasia advocates already have the answer for us. It is the substituted right to die.

Do you see how easy it is to slide down that moral slippery slope?

We must remember to set basic premises. Killing is wrong. Healing and saving life are right. Killing and allowing to die are not the same. Killing means ending the patient's life deliberately. The victim dies by the direct intervention of the killer. This is active euthanasia and it is wrong. On the other hand, allowing someone to die is not the result of the physician's actions; the patient dies of the disease which is the cause of death. Withdrawing treatment which is no longer effective does not cause death; rather, the patient dies of the disease.

If life can no longer be prolonged, it is not desirable to prolong death. It will happen on its own. We do not cause death, but neither do we prevent it. Providing medication to ease pain may allow the patient to relax enough to be able to die, but does not cause death unless deliberate overdosing occurs.

Our premises need to be clear. We cannot start changing the meaning of words and premises to suit our personal agendas. Our premises need to be heard because without the premises which we espouse our country will be heading down the moral slippery slope. By keeping silent, we support evil. Tacit acceptance allows evil to flourish. All violence is evil. We must never allow violence to flourish.

We can understand the sources of the desire for euthanasia. People are afraid of endless and meaningless suffering during prolonged dying and wish to escape it. Others would, with compassion, eliminate the suffering. It is difficult at that time to simply tell them that euthanasia is wrong. However, we must not put the most vulnerable members of our society in the position of having to justify their continued existence.

*[Traduction]*

probablement définir et défendre ce geste. La minute où l'acte engage la participation d'une autre personne, il n'est plus question d'autonomie.

Le patient a-t-il le droit d'obliger son médecin à se plier à toutes ses volontés? Sûrement pas, car le médecin devient alors un technocrate sans moralité. Si le médecin peut laisser suffisamment de médicaments au patient pour lui permettre de se suicider, alors pourquoi ne pas laisser le médecin l'administrer, si le patient est incapable de le faire? S'il peut l'administrer, alors pourquoi ne pas l'administrer à quelqu'un qui l'a demandé dans son testament, mais qui est maintenant inconscient? Si on préfère cela, alors pourquoi ne pas le faire à une personne inconsciente qui a négligé de le demander dans son testament, mais qui en a fréquemment parlé? Si vous admettez qu'un patient a le droit de mourir, vous acceptez non seulement qu'il en a le droit, mais qu'une autre personne a l'obligation de le faire pour lui.

Que fait-on dans ce cas du patient dans un état comateux? Ne le privons-nous pas du droit de mourir? Les partisans de l'euthanasie ont déjà une réponse toute faite à cela: le droit de mourir par consentement substitué.

Voyez-vous comme il est facile de glisser le long de cette pente dangereuse?

Il ne faut pas oublier les principes de base. Tuer est mal. Guérir et sauver des vies est bien. Tuer et permettre à quelqu'un de mourir ne sont pas synonymes. Tuer signifie mettre délibérément fin à la vie d'un patient. La victime meurt d'une intervention directe du meurtrier. Il est question ici d'euthanasie active, et elle est mal. Par contre, laisser quelqu'un mourir n'empêche pas l'intervention du médecin; le patient meurt d'une maladie qui est la cause de sa mort. L'interruption d'un traitement qui n'est plus efficace ne provoque pas la mort; le patient meurt plutôt de la maladie qui l'affecte.

Si la vie ne peut plus être prolongée, il n'est pas souhaitable de prolonger la mort. Elle surviendra par elle-même. Nous ne causons pas la mort, mais nous ne l'empêchons pas non plus. Administrer des médicaments à une personne pour soulager sa douleur lui permettra peut-être de se détendre suffisamment pour pouvoir mourir, mais cette administration ne provoquera pas la mort, à moins qu'on ne lui administre délibérément une dose excessive.

Nous devons avoir des principes nets. Nous ne pouvons pas commencer à changer le sens des mots et des principes pour les adapter à nos situations personnelles. Il faut énoncer nos principes haut et clair, parce qu'en leur absence, notre pays empruntera la pente dangereuse. Par notre silence, nous nous faisons les complices du mal. Notre acceptation tacite lui permet de se répandre. La violence est mauvaise, sous toutes ses formes. Nous ne devons jamais lui permettre de se répandre.

Nous pouvons comprendre pourquoi on pourrait souhaiter l'euthanasie. Les gens craignent les souffrances inutiles et sans fin d'une agonie prolongée et souhaitent y échapper. D'autres, par compassion, voudraient mettre fin à cette souffrance. Il est alors difficile de simplement leur dire que l'euthanasie est mal. Toutefois, il ne faudrait pas obliger les membres les plus vulnérables de notre société à se justifier d'être encore en vie.



## [Texte]

The power of unspoken expectations and the desire not to be a burden must not lead us to an undesirable end — the pressure to choose death.

**Mrs. Janice Buhr, Niagara Community Impact Committee:** Madam Chairman and senators, I wish to thank you for the opportunity we have to present our brief to you today. We appreciate the challenge that is before you.

Life is precious and fragile. Society, recognizing this, has fashioned careful protection for it. Our laws therefore prevent the taking of life, historical exceptions having been war and punishment for the taking of life. War, of course, is an exception to this law simply because society in a state of war is not in control of its relationship with the other society, its enemy.

Laws against the taking of one's own life have been merely a further aspect of this global protection which society has for itself. This is important because the instinct for self-preservation is basic to the species.

Should we tamper with the safeguards of life, no matter how we define and seek to limit the incursions into this sacred precinct, we are inevitably on the slippery slope of rationalization. This will lead to some form of murder and that is why we, in Canada, are holding this debate. It is because many, if not most, of us feel that homicide must never be permitted.

Many will say this need never happen. The very need for this discussion today proves that those who warned in the early days of the abortion debate were right. Opening the door to the taking of fetal life leads us today to the taking of a life judged not worthy of continuing.

Tampering with life and confusing it with the otherwise legitimate question of personal choice has now allowed us to think the unthinkable with relative ease. Do we now help someone kill himself or herself? Further, do we simply kill someone outright, justified by some circumstance of expedience, pity, economics, convenience or even compassion and love?

Perhaps it seems like a simple decision to hurry the death of a terminally ill, already dying patient. But then what about the individual who has a dreaded disease which will eventually lead to death, but who may not want to face that pain and the indignity which may likely lie ahead? What about the person disabled by accident or disease whose condition may not quickly lead to death, but whose quality of life may be considerably less than ideal and, meanwhile, he or she becomes a burden to the family and to the ever-more limited resources of the country's health and social systems? Where will all of this end?

As a woman and a mother and, therefore, life engendering, I feel the special destructiveness of taking life as opposed to giving it. Though life is, in the end, wrenched from all of us, I in no way

## [Translation]

La puissance d'attentes inexprimées et le désir de ne pas être un fardeau ne doivent pas nous entraîner à rechercher une fin indésirable, c'est-à-dire à exercer des pressions pour que la personne choisisse la mort.

**Mme Janice Buhr, Niagara Community Impact Committee:** Madame la présidente et honorables sénateurs, je désire moi aussi vous remercier de nous avoir invités à présenter un mémoire aujourd'hui. Nous mesurons à sa pleine valeur le défi que vous devez relever.

La vie est précieuse et précaire. Consciente de ce fait, la société a pris de grands moyens pour la protéger. Nos lois nous empêchent d'ôter la vie à quelqu'un, les exceptions historiques à la règle étant la guerre et le châtiment des meurtriers. La guerre, bien sûr, échappe à cette loi, du simple fait que la société en état de guerre ne peut maîtriser ses rapports avec l'autre société, son ennemie.

L'interdiction du suicide est simplement le prolongement de cette façon qu'a la société de se protéger. Le fait a son importance, car toutes les espèces chercheront instinctivement à se préserver.

Si nous modifions cette protection de la vie, peu importe comment nous définissons ou cherchons à restreindre les entorses à ce principe, nous empruntons inévitablement la pente dangereuse de la rationalisation. Elle nous mènera à une certaine forme de meurtre, et c'est pourquoi le présent débat a lieu au Canada. Bon nombre d'entre nous, si ce n'est la plupart, estiment que l'homicide ne devrait jamais être permis.

Bien des gens diront que cela ne se produira jamais. Le fait même que nous tenions un tel débat aujourd'hui prouve que ceux qui ont lancé un cri d'alarme au début du débat sur l'avortement avaient raison. En légalisant la mise à mort du fœtus, nous en sommes arrivés aujourd'hui à envisager la possibilité d'autoriser la mise à mort d'une personne dont la vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Jouer avec la vie et la confondre avec la question de choix personnel qui, en d'autres circonstances, est légitime nous amène à débattre de l'inconcevable avec une facilité relative. Doit-on maintenant aider quelqu'un à se tuer? De plus, devrions-nous simplement tuer quelqu'un, par opportunisme, par pitié, pour des raisons économiques, voire par compassion et par amour?

La décision d'accélérer la mort d'une personne déjà atteinte d'une maladie mortelle et à l'agonie semble peut-être simple. Que fait-on alors de la personne atteinte d'une maladie redoutable et mortelle qui ne veut pas affronter la douleur et l'indignité qui l'attendent probablement? Que fait-on de la personne souffrant d'un handicap, soit par accident, soit par maladie, dont l'état n'entraînera pas une mort rapide, mais dont la qualité de la vie pourrait être beaucoup moins qu'idéale et qui, entre-temps, devient un fardeau pour la famille et pour les ressources de plus en plus limitées du système de santé et du système social du pays? Où nous arrêterons-nous?

En tant que femme, que mère et, par conséquent, que source de vie, je ressens tout particulièrement le caractère destructif des actes qui donnent la mort, par opposition à ceux qui concernent la



## [Text]

want to delve into life shortening as an act of voluntary initiation. When death occurs, it must be in spite of me and not because of me.

Does this require that we arbitrarily and rather unnaturally must use every means at our disposal to forestall the inevitable and, also, the concern about our ability to pay for these measures? I think not.

It is the disease that is doing the killing. Our concern not be that we always postpone the process by costly artificial, technical and even unnecessary means.

Even pain relief, though in practice rarely the problem it is sometimes held out to be, given our rather sophisticated pain control systems, need never be given in a life-shortening fashion. Are we really wanting to use euthanasia or assisted suicide as an effective pain reliever? It is not medically necessary to overdose. If it happens accidentally by a physician seriously trying to help the patient, that is merely another aspect in which medicine inevitably fails everyone at the final moment.

Therefore, because there are areas which are hard to define within the process of dying, we should leave it to the physician to attempt, in a way that he or she best can, to provide for a "good death" or, more correctly, for as good a death as possible. This is because death can never really be good, inasmuch as it is the opposite of life.

The physician should always aim not to hasten death, but neither to delay it beyond reasonable hope by merely technical means. A nurse should not have to fear that the attending physician is going to "slip one over" on the patient — or staff for that matter — but will have no pangs of conscience over simply letting the inevitable happen for the unconscious or even already brain-dead patient.

Hence, because the social understanding of the word "euthanasia" is the act of killing someone before their spontaneous expiry time, we are not really even comfortable with the phrase "passive euthanasia".

Rather, let us continue as it is at present; that is, allowing the physician, together with the family, to accept the inevitable in a rational way with respect to moment-to-moment therapeutic and pain relief decisions, but in no way administering any form or degree of treatment that kills.

Some of us are entering what is probably the declining half of our lifespan — I turn 50 this year. Let us not do so in fear. What illness threshold do my husband or myself have to cross before we may be considered expendable by those to whom we have given birth or for whose training, both legal and medical, we have paid for by our life's labour and taxes? Canada owes it to us to keep us secure in our feeble years.

In discussions with my husband, who is a physician, he has often said that there is no age at which life is not desirable. By far,

## [Traduction]

vie. Bien que nous soyons tous, à toutes fins utiles, arrachés à la vie, il ne me viendrait jamais à l'idée de vouloir écourter une vie volontairement. Lorsque quelqu'un meurt, il faut que ce soit malgré moi, plutôt qu'à cause de moi.

Faut-il alors utiliser de façon arbitraire et plutôt artificielle tous les moyens dont nous disposons pour retarder l'inévitable et fermer les yeux sur notre capacité de payer pour de tels actes? Je ne le crois pas.

C'est la maladie qui tue. Il ne faut pas se préoccuper de toujours retarder le processus par des moyens coûteux, artificiels, techniques et même inutiles.

Même l'analgésie, bien qu'en réalité, elle représente rarement le problème que l'on décrit parfois, étant donné nos moyens plutôt perfectionnés de contrôler la douleur, n'a pas besoin d'être pratiquée de façon à abrégier la vie. Souhaitons-nous vraiment avoir recours à l'euthanasie ou à l'aide au suicide comme moyen efficace de soulager la douleur? Sur le plan médical, il n'est pas nécessaire d'administrer des doses excessives. Si le médecin qui tente vraiment d'aider un patient lui administre accidentellement une dose excessive, c'est simplement une autre façon dont la médecine nous fait inévitablement défaut aux dernières heures.

Par conséquent, parce qu'il existe des domaines difficiles à définir dans le processus de la mort, nous devrions laisser au médecin le soin d'essayer, du mieux qu'il peut, d'assurer une «bonne mort» ou, plus correctement, une mort aussi bonne que possible. En effet, la mort ne peut jamais vraiment être bonne, dans la mesure où elle est à l'opposé de la vie.

Le médecin ne devrait jamais chercher à accélérer la mort, pas plus qu'il ne devrait la retarder au-delà d'espoirs raisonnables par des moyens purement techniques. L'infirmière ne devrait pas craindre que le médecin traitant roule un patient ou un membre du personnel, mais elle n'aura aucun remord de conscience à laisser simplement l'inévitable se produire lorsque le patient est inconscient, voire déjà en état de mort cérébrale.

Comme le mot «euthanasie» a pour sens social de tuer quelqu'un avant le moment de sa mort spontanée, nous ne nous sentons pas vraiment à l'aise même avec l'expression «euthanasie passive».

Choisissons plutôt de maintenir la situation actuelle, c'est-à-dire de permettre au médecin, de concert avec la famille, d'accepter l'inévitable de façon rationnelle en ce qui concerne les décisions thérapeutiques ponctuelles, mais de lui interdire toute forme ou degré de traitement qui tue.

Certains d'entre nous entament ce qui est probablement la dernière moitié de leur vie; j'aurai 50 ans cette année. Ne franchissons pas cette étape dans la crainte. Quel seuil de maladie mon époux et moi-même devons-nous franchir avant que ceux auxquels nous avons donné naissance ou dont nous avons payé par notre labeur et nos impôts la formation juridique et médicale estiment qu'on peut se passer de nous? Le Canada doit assurer notre protection durant nos années de déclin.

Au cours de discussions avec mon époux qui est médecin, celui-ci a souvent dit qu'il n'y a pas d'âge où la vie ne vaut pas la



[Texte]

the majority of those who are infirm, regardless of the degree or severity, cling to life desperately unless it is taken from them.

We do not want to fear our system, our medical attendants, our families, or even ourselves. We, as members of the human race, must not become our own worst enemy. Let nature, illness and death hold that role. It is just too dangerous to open the door, even if only a crack. Our need to be allowed to die by natural circumstances and means must not be confused with any euthanasia-motivated assistance. That is a prerogative we do not wish; namely, to hold the wand of death in our own hands. Our laws are now functional. Let us not seek to pick up the mantle that Hippocrates so carefully and deliberately laid aside.

Physicians, nurses, families and, most importantly, the dying patient are best served by strengthening our sensitivity, integrity and trust, and that, to the very end. A killing syringe at anyone's bidding will never achieve that high goal.

**Senator Beaudoin:** To what extent can medicine control suffering? If palliative care is good enough in 95 per cent of the cases, then we have to adopt palliative care and have more centres for palliative care. But what do we do with the remaining 5 per cent? Are you in a position to adequately control the suffering of the remaining 5 per cent, medically speaking?

I am a lawyer and not a doctor.

**Mr. Janzen:** The board of Bethesda, which is where I am involved on a social basis, prepared a statement about heroics and providing medication and pain relief and all the other answers to that wide-ranging question. We strongly feel that we need to do what is reasonably possible. I believe, however, that many times we make the mistake of going too far when we initiate that reasonable service. We go far too far, in my opinion, by hooking up and trying to overcome the inevitable, which we know to be inevitable. Therefore, we cause greater harm than good.

I should like to ask Dr. Robert Buhr, a medical practitioner, to answer that question more fully.

**Dr. Robert Buhr, Niagara Community Impact Committee:** I do not think we will ever be able to adequately control suffering for everyone. At present, we do what we reasonably can in each situation. We grapple moment by moment with the situation and attempt to make correct medical decisions; we call in the technology that is reasonable and appropriate. Certainly, pain relief is pretty good now.

I am a small person in the medical family. I am a general practitioner and a general practitioner anaesthetist. As such, I am

[Translation]

peine d'être vécue. La majorité des infirmes, quel que soit le degré ou la gravité de leur infirmité, sont de loin ceux qui s'accrochent le plus désespérément à la vie, à moins qu'on ne la leur enlève.

Nous ne voulons pas avoir à craindre notre système, les personnes qui nous soignent, nos familles, voire nous-mêmes. En tant qu'êtres humains, nous devons éviter de devenir nos pires ennemis. Laissons la nature, la maladie et la mort tenir ce rôle. Il est tout simplement trop dangereux d'ouvrir la porte, même si ce n'est qu'un peu. Notre besoin de pouvoir avoir une mort naturelle ne doit pas être identifié à une aide motivée par l'euthanasie. C'est une prérogative dont nous ne voulons pas, c'est-à-dire d'avoir pouvoir de vie et de mort. Nos lois actuelles sont efficaces. Ne cherchons pas à revenir au stade qu'Hippocrate a si soigneusement et délibérément dépassé.

La meilleure façon d'agir dans l'intérêt des médecins, des infirmières, des familles et, groupe plus important, des mourants consiste à renforcer notre sensibilité, notre honnêteté et notre confiance, et ce jusqu'à la toute fin. Jamais l'administration d'un traitement mortel à la requête de tout un chacun ne parviendra à atteindre ce but d'excellence.

**Le sénateur Beaudoin:** Dans quelle mesure la médecine peut-elle contrôler la souffrance? Si la médecine palliative réussit à soulager 95 p. 100 des patients, nous devons alors l'adopter et créer plus de centres de soins palliatifs. Cependant, que faisons-nous des 5 p. 100 de personnes qu'elle ne réussit pas à soulager? Êtes-vous en mesure, sur le plan médical, de contrôler suffisamment la souffrance des 5 p. 100 qui restent?

Je suis avocat, pas médecin.

**M. Janzen:** Le conseil d'administration de Bethesda, où je suis engagé sur le plan social, a rédigé un énoncé au sujet de l'acharnement thérapeutique, de l'administration de médicaments, du soulagement de la douleur et de tous les autres points associés à cette vaste question. Nous sommes fermement convaincus que nous devons faire ce qui est raisonnablement possible. Je crois cependant que nous péchons souvent par excès lorsque nous commençons à offrir ce service raisonnable. Nous allons beaucoup trop loin, à mon avis, en branchant la personne à toutes sortes de machines et en essayant d'empêcher l'inévitable, ce que nous savons être inévitable. Par conséquent, nous faisons plus de mal que de bien.

J'aimerais demander au docteur Robert Buhr, médecin, de répondre plus amplement à cette question.

**Le docteur Robert Buhr, Niagara Community Impact Committee:** Je ne crois pas que nous parviendrons un jour à bien contrôler la souffrance de chacun. À l'heure actuelle, nous faisons ce que nous pouvons selon les circonstances. Nous affrontons la situation selon son évolution et cherchons à prendre les bonnes décisions médicales; nous faisons appel à des techniques raisonnables et pertinentes. Certes, nous réussissons assez bien, maintenant, à soulager la douleur.

Je n'ai pas beaucoup d'influence dans le milieu médical. Je pratique la médecine générale et je suis également anesthésiste.

[Text]

closely related to the dying and also to ways and means of administering narcotics that would help in those situations.

I am not sure that we should be pushing hard for palliative care centres. I think our hospitals do very well in helping people in their final moments. However, that is beyond the scope of this discussion, I believe.

I do not know that there is a perfect answer to your question.

**Senator Beaudoin:** In practice, what do you do with those who are suffering? Do you give them morphine or other drugs?

**Dr. Buhr:** In my experience, when individuals are getting near the end, they are not aware of what is going on. They are not experiencing that much pain. You get into a kind of stuporous situation. Very often, when people have been in crisis resuscitation situations and have come out of it, I have asked them later, "What do you remember of that experience?" We believe that the situation must have left the patient with an awful nightmarish recollection. They say, "I do not remember those days; they are gone; they are a blur." Hence, I think nature administers its own analgesia and amnesia many times. However, we certainly have many narcotics, pain pumps, epidurals that can help, but none are perfect.

**Senator DeWare:** Mrs. Buhr, in your second paragraph you write:

Opening the door to the taking of a fetal life leads us today to discuss the taking of a life judged not worthy of continuing.

You talk about someone making a judgment. Who do you suggest should judge that life is not worthy? What if the patient judges that his or her life is not worth continuing and they ask for assistance in ending their life?

**Mrs. Buhr:** Many people, at some point in their life, judge their life not worthy of living.

**Senator DeWare:** That even applies to some of us in daily life.

**Mrs. Buhr:** That is what I am saying. We have our bad days. We may go through a period of depression. We may have to deal with some very difficult crisis with family or friends. I am sure that in the vast majority of these cases that thought will turn around as one comes to terms with what one is facing.

**Senator DeWare:** That opens the door to what the doctor just said about palliative care. Over the last eight to ten months, we have had many organizations and witnesses tell us they feel very strongly that if patients have the option of palliative care, they may not be as eager to request euthanasia or assisted suicide.

We are not always talking about hospitals. We are also talking about home care with a support team in the community. The support team could be made up of friends and nurses, but

[Traduction]

En tant que tel, je côtoie beaucoup de mourants et je connais bien l'administration de narcotics utiles dans ces situations.

J'hésiterais à préconiser des centres de soins palliatifs. Nos hôpitaux s'occupent fort bien des mourants. Toutefois, la question n'est pas là.

Je ne sais pas s'il existe une solution parfaite à votre problème.

**Le sénateur Beaudoin:** En pratique, que faites-vous pour ceux qui souffrent? Leur administrez-vous de la morphine et d'autres médicaments?

**Le docteur Buhr:** L'expérience m'a appris que, lorsqu'une personne se meurt, elle n'est pas consciente de ce qui se passe. Elle n'éprouve pas autant de douleur qu'on le croit. Elle est dans une sorte de stupeur. Très souvent, lorsque j'ai demandé à des personnes réanimées d'urgence qui s'en étaient sorties ce qu'elles se rappelaient de cette expérience (on croit que le malade en aura gardé un souvenir terriblement cauchemardesque) elles me répondent qu'elles ne se souviennent pas de ces jours, qu'elles n'en gardent qu'un souvenir flou. Je crois donc que la nature administre souvent son propre analgésique et qu'elle cause de l'amnésie. Cependant, nous disposons certes de nombreux narcotics, de doseurs, d'épidurales qui peuvent aider, mais aucun n'est parfait.

**Le sénateur DeWare:** Mme Buhr, au deuxième paragraphe de votre mémoire, vous écrivez:

En légalisant la mort du fœtus, nous en sommes arrivés aujourd'hui à envisager la possibilité d'autoriser la mise à mort d'une personne dont la vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Vous parlez de quelqu'un qui pose un jugement. Qui, selon vous, devrait décider que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue? Qu'arrive-t-il si le malade juge que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue et qu'il demande de l'aide pour mettre fin à ses jours?

**Mme Buhr:** Bien des gens jugent, à un certain stade de leur vie, que celle-ci ne vaut plus la peine d'être vécue.

**Le sénateur DeWare:** Cela nous arrive aussi, certains jours.

**Mme Buhr:** Exactement. Nous avons tous de mauvaises journées. On peut traverser une période de dépression. Nous sommes peut-être appelés à vivre une crise très grave au sein de la famille ou des amis. Je suis convaincue que, la plupart du temps, la personne changera d'idée, une fois qu'elle aura fait face à la réalité.

**Le sénateur DeWare:** Voilà qui ouvre la porte à ce dont parlait le médecin au sujet des soins palliatifs. Au cours des huit à dix derniers mois, nous avons entendu de nombreux organismes et témoins soutenir, avec beaucoup de conviction, que si les malades pouvaient obtenir des soins palliatifs, ils ne seraient peut-être pas aussi enclins à demander l'euthanasie ou l'aide au suicide.

On ne parle pas forcément d'hôpitaux. Il est aussi question de soins prodigués à domicile avec l'aide d'une équipe de soutien communautaire. L'équipe de soutien pourrait être composée



[Texte]

definitely under the direction of a doctor. Religious organizations would be involved. They have recommended to us over and over again that if palliative care was accessible to Canadians, it would definitely reduce requests for euthanasia because those who are ill would have a support team and the required assistance, even to the point of pain management.

Doctor, you say you do not know whether you agree that there should be more palliative care, but we have strong support for it in our hearings. I would appreciate if either one of you would comment on that issue.

**Dr. Buhr:** I would not want to take a stand against palliative care centres. I could see an abuse of them where they become death houses and a patient says, "Oh, no, I hope they are not sending me to that place because that is where people die." However, I know that if these centres are managed correctly and used properly, they can certainly add a lot.

We are focusing on the cost crunch in Canada these days. I feel that we already have good means in place in terms of our hospitals and homes.

I am not against these centres. I would not exclude them. However, I would hate to see Canada feel that we are not adequately taking care of our terminally ill unless we have adequate palliative care centres wherein all those who are terminally ill could die. I think a combination may be appropriate, and certainly the home.

**Mrs. Buhr:** In developing new palliative care institutions, somehow the local person thinks, "Oh good, now there is a facility that can take care of these ill people," but this concept still has nothing to do with ordinary Mrs. Joe Blow or Mr. Joe Blow. What has become apparent to me in doing research and reading and thinking more seriously about this issue is how we can mobilize the ordinary citizen to once again become involved with what is happening in his neighbour's home and family and life. So many people are out of work and the opportunities for volunteering in these situations are tremendous.

**Senator DeWare:** I totally agree with you.

**Mr. Janzen:** At Bethesda there is a strong movement right now that is helping us in this regard. We have a full-time person rounding up volunteers from the community to help us in this care. They can come alongside and provide comfort and encouragement during the process.

An encouraging, warm and wonderful thing is happening, and it is not costing the taxpayer one single cent, which is a marvellous thing as well. It enriches the lives of those who are serving, as well as those who are being served.

**Senator Lavoie-Roux:** Mr. Janzen, I understand that you are chair of the Bethesda program that looks after the mentally challenged.

**Mr. Janzen:** Yes.

[Translation]

d'amis et d'infirmières, mais elle serait certes dirigée par un médecin. Les organismes religieux y tiendraient un rôle. À de nombreuses reprises, ils nous ont affirmé que, si tous les Canadiens avaient accès à des soins palliatifs, le nombre de demandes d'euthanasie baisserait certainement parce que le malade disposerait d'une équipe de soutien et de toute l'aide voulue, même pour soulager la douleur.

Docteur, vous affirmez ne pas savoir s'il devrait y avoir plus de centres de soins palliatifs. Pourtant, les témoins étaient très favorables à cette idée durant les audiences. L'un d'entre vous a-t-il quelque chose à ajouter à ce sujet?

**Le docteur Buhr:** Loin de moi l'idée de m'opposer à des centres de soins palliatifs. Par contre, j'y vois la possibilité d'en faire une utilisation excessive et ils se transformeraient alors en pavillons de la mort où le malade refuserait d'aller parce que c'est là qu'on meurt. Toutefois, je sais que si de tels centres sont bien gérés et bien utilisés, ils font certes une contribution fort utile.

Le Canada met actuellement l'accent sur la compression des coûts. J'estime que nous avons déjà à notre disposition d'excellents moyens de répondre à la situation, dans nos hôpitaux et maisons de santé.

Je ne suis pas contre de tels centres. Je n'en exclus pas l'idée. Cependant, je serais peiné de voir le Canada juger que nous ne prenons pas suffisamment bien soin de nos mourants si nous n'avons pas en place des centres convenables de soins palliatifs où pourraient mourir tous ceux qui sont atteints d'une maladie mortelle. Une combinaison de moyens conviendrait peut-être mieux, et il faudrait certes y inclure les soins à domicile.

**Mme Buhr:** Lorsqu'on construit de nouveaux établissements de soins palliatifs, le membre de la collectivité se réjouit de voir que l'on a maintenant un centre où prendre soin de ces malades. Cependant, le principe ne touche pas monsieur et madame Tout-le-monde. Durant mes recherches, mes lectures et mes réflexions à ce sujet, je me suis rendue compte que la solution était de mobiliser le citoyen ordinaire pour l'inciter à s'intéresser à nouveau à son voisin. Nous avons tant de chômeurs, et les possibilités de bénévolat dans de telles situations sont si nombreuses.

**Le sénateur DeWare:** Je suis entièrement d'accord avec vous.

**M. Janzen:** À Bethesda, il existe un fort courant actuellement en faveur de cette solution. Nous avons un employé à temps plein qui recrute des bénévoles au sein de la collectivité afin de nous aider à prodiguer les soins. Ces bénévoles peuvent en outre offrir du réconfort et de l'encouragement.

Ce phénomène encourageant, chaleureux et merveilleux ne coûte rien au contribuable, ce qui est aussi fantastique. Il enrichit la vie de ceux qui font du bénévolat, ainsi que celle de ceux qui en profitent.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Monsieur Janzen, je crois comprendre que vous assurez la présidence du programme de Bethesda destiné à ceux qui sont aux prises avec des difficultés mentales.

**M. Janzen:** Effectivement.

[Text]

**Senator Lavoie-Roux:** Have there been discussions within that milieu, because it is a group we have heard little from? They are among the most vulnerable.

Are you talking about the mentally ill or the mentally handicapped? Has a discussion been held on that subject in your working milieu?

**Mr. Janzen:** We work with the mentally handicapped as well as duly diagnosed handicapped and various other stages of handicaps.

This fall, we spent a great deal of time and effort establishing what we are all about. We came up with a mission statement. It says that we will provide a continuum of holistic services to enhance the quality of life for individuals in southwestern Ontario who are developmentally challenged. That continuum means from the time they enter our facility to the time they leave. We have not made any attempt to hasten their leaving through medical means.

We preserve life; we value it. We are owned and operated by a church group called the Ontario Brethren Conference of the Mennonite Brothers. I asked them five or six years ago to do a paper on euthanasia because I felt this would be a pressure point for us. They are in the process of doing that. At the board level, however, we do not consider that to be an option.

**Senator Lavoie-Roux:** As you work with the handicapped, have you given any thought to severely handicapped newborns or infants? This is a subject we have not discussed very much. I know it is of great concern in the community. Various hospitals have dealt with this problem. Have you any ideas on the subject?

**Mr. Janzen:** I personally do not have any information on young children. We are now starting a transition program where teenagers come into our program. We have people whose cost to us is up to \$250,000 per year. The kind of care we provide is very expensive.

I am aware of the pressure point, but we still value life. At Bethesda, we will value life as long as I am chairman and as long as I think our conference is in control.

I cannot answer your question beyond that.

**The Chairman:** Thank you all. We are glad to have had the opportunity to hear you today.

Mr. Minister, we are pleased to have you with us today. As I have mentioned, with your appearance today, we are near to concluding our hearings. I think it is most appropriate that you are here giving us some advice just as we start to work on our report. We will be wrestling with it for some time because of the difficult issues involved. I am sure you can give us a little guidance.

**The Honourable Allan Rock, Minister of Justice and Attorney General of Canada:** Madam Chairman, I am not sure I can give the kind of guidance to which you have referred. I do

[Traduction]

**Le sénateur Lavoie-Roux:** A-t-on discuté de la question dans ce milieu, car c'est un groupe dont nous n'avons pas beaucoup entendu parler? Il compte parmi les plus vulnérables.

Parlez-vous des malades mentaux ou des déficients mentaux? A-t-on débattu de la question dans votre milieu de travail?

**M. Janzen:** Nous travaillons auprès de déficients mentaux, ainsi que de personnes officiellement reconnues comme étant handicapées et atteintes de divers autres troubles.

Cet automne, nous avons consacré beaucoup de temps et d'efforts à établir notre mission. Nous avons produit un énoncé d'après lequel nous fournirons un continuum de services holistiques afin d'améliorer la qualité de vie des personnes du sud-ouest de l'Ontario qui sont aux prises avec des troubles de développement. Ce continuum signifie que nous le faisons à partir du moment où ces personnes sont admises dans notre établissement jusqu'au moment où elles le quittent. Nous n'avons pas cherché à précipiter leur départ par des moyens médicaux.

Nous préservons la vie, qui nous tient à coeur. L'institut est la propriété de l'exploitant, un groupe religieux appelé *Ontario Brethren Conference of the Mennonite Brothers*. Il y a cinq ou six ans, je leur ai demandé de rédiger un document sur l'euthanasie parce que j'estimais que nous subirions des pressions à cet égard. Ils sont en train de le faire. Toutefois, les administrateurs n'estiment pas que c'est une option.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Comme vous travaillez avec des personnes handicapées, avez-vous réfléchi aux problèmes des nouveaux-nés et des jeunes enfants souffrant d'un handicap grave? C'est un sujet dont nous n'avons pas beaucoup parlé. Je sais qu'il préoccupe beaucoup la collectivité. Divers hôpitaux ont traité du problème. Avez-vous des idées à ce sujet?

**M. Janzen:** Personnellement, je ne suis pas renseigné au sujet de jeunes enfants. Nous sommes en train de lancer un programme de transition qui permettra d'admettre des adolescents. Certains de nos clients nous coûtent jusqu'à 250 000 \$ par année. Le genre de soins que nous prodiguons est très coûteux.

Je suis conscient des pressions qui sont exercées, mais nous continuons de tenir la vie pour sacrée. À Bethesda, nous protégerons la vie tant et aussi longtemps que j'y serai président et que notre groupe exercera le contrôle.

Je ne puis répondre de ce qui se passera par après.

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup. Ce fut un plaisir de vous entendre aujourd'hui.

Monsieur le ministre, nous sommes heureux de vous accueillir. Comme je l'ai déjà mentionné, votre comparution signifie que la fin de nos audiences approche. J'estime qu'il est fort à propos d'entendre vos conseils aujourd'hui, juste avant que nous entamions la rédaction de notre rapport. Cette rédaction sera longue, en raison de la difficulté des questions à résoudre. Je suis sûre que vous pouvez nous aider.

**L'honorable Allan Rock, ministre de la Justice et procureur général du Canada:** Madame la présidente, je ne suis pas sûr de pouvoir vous donner les conseils que vous recherchez. Je ne



[Texte]

not pretend to have solutions to the difficult issues with which you are grappling.

May I begin, please, by congratulating your committee and expressing my admiration for the work that you have done on this difficult and complex subject. A year or so ago when I first heard that this committee was going to be created under your leadership and that it would address these subjects, I immediately expressed my delight. I have said things about your work in the months since that time which have been intended to be supportive and encouraging. I think it is enormously important that the Parliament of Canada address the issues that you have been looking at.

I will say it for the first time now, but I will repeat it during the course of my brief remarks: I do not advocate one position or another on these issues. My concern is that there be a process in place by which the legislators of Canada examine these issues fully, openly, frankly, and against a background of reliable, researched information.

The service this committee is providing is to set the framework for that kind of analysis and that kind of disposition by the legislators of Canada. We admire your initiative and very much admire the quality of your work as you address these difficult issues. We very much look forward to your report.

Puis-je dire, pour commencer, que les médias rappellent sans cesse au Canada que nos populations vieillissent, que la médecine peut maintenir en vie des personnes n'ayant aucune chance de se rétablir et que bon nombre de malades en phase terminale souffrent énormément avant de mourir.

Il est donc compréhensible que les Canadiens s'intéressent de plus en plus au contrôle que les mourants ou leurs proches peuvent exercer sur la façon et le moment de mourir, ainsi qu'aux obstacles de nature juridique à ce contrôle. Des initiatives prises récemment au Canada et dans les autres pays du monde témoignent de l'étendue de cet intérêt...

... the Rodriguez case at the Supreme Court of Canada, the Canadian Medical Association and its decision to reject a proposal to legalize euthanasia and assisted suicide, a New York State task force reporting against legalizing euthanasia and assisted suicide, the British House of Lords Select Committee on Medical Ethics recommending against euthanasia and assisted suicide being legalized, and the Netherlands legislation of which you have heard so much.

Dans tous ces pays, en effet, les gens invitent le gouvernement à examiner de très près les interdictions prévues par la loi, car ils se demandent sérieusement s'ils pourront exercer un contrôle quelconque sur leur façon de mourir. La plupart de ces interdictions datent d'avant l'essor des techniques médicales d'aujourd'hui.

Why is the public asking governments to review this issue? Why is your committee's role so welcome?

[Translation]

prétends pas pouvoir offrir des solutions aux questions délicates avec lesquelles vous êtes aux prises.

J'aimerais commencer, si vous le voulez bien, par féliciter votre comité et vous dire à quel point j'admire le travail que vous accomplissez au sujet d'une question aussi difficile et complexe. Il y a un an, à peu près, lorsque j'ai appris qu'un comité serait formé sous votre présidence et qu'il étudierait ces questions, je m'en suis immédiatement réjoui. Depuis lors, j'ai tenu des propos destinés à vous manifester de l'appui et à vous encourager. Il est extrêmement important, à mon avis, que le Parlement du Canada traite de ces questions.

Pour la première fois, maintenant, je précise que je n'ai pas de parti pris dans ce débat, ce que je répéterai durant mon bref exposé. Ce qui m'intéresse, c'est qu'il y ait en place un processus au moyen duquel les législateurs du Canada peuvent examiner ces questions à fond, dans la transparence et la franchise, au moyen d'informations fiables et documentées.

Par ses travaux, le présent comité établit le cadre d'une telle analyse. Nous admirons votre initiative et sommes très impressionnés par la qualité de vos travaux. Nous attendons votre rapport avec impatience.

I would just like to say, at the outset, that there is constant publicity given to the fact that in Canada our populations are aging, that medical technology can maintain life in circumstances where there is no hope of any type of recovery, and that many terminally ill persons suffer greatly before they die.

Understandably, there is increasing public interest in what control dying persons or their families can have over how and when they die, and in the legal obstacles to such control. Recent initiatives in Canada and other countries show the depth of this interest...

...je parle notamment de l'arrêt rendu par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Rodriguez, de la décision prise par l'Association médicale canadienne de rejeter une proposition visant à légaliser l'euthanasie et l'aide au suicide, du groupe de travail de l'État de New York qui a recommandé le rejet d'une proposition visant à légaliser l'euthanasie et l'aide au suicide, du comité spécial de la Chambre des lords chargé d'examiner l'éthique médicale qui a recommandé que l'euthanasie et l'aide au suicide ne soient pas légalisées et, enfin, de la loi adoptée dans les Pays-Bas dont on a tant entendu parler.

All these countries are, in effect, being asked by their people to examine current legal prohibitions very carefully, as they have serious concerns about whether they will have any control over their dying. Most of these legal prohibitions predate the development of current medical technology for maintaining life.

Pourquoi la population demande-t-elle au gouvernement de tenir un tel débat? Pourquoi fait-on si bon accueil au rôle de votre comité?

## [Text]

It seems to me that people want to know what the prohibitions that are now in place may mean. They want to know whether they remain relevant. In Canada, the legal instrument is the federal Criminal Code which prohibits intentional killing, which is murder, and counselling, aiding or abetting suicide.

As I mentioned, I am not here today to express my own views or to advocate one position over another; I am here in my capacity as Minister of Justice to outline some of the legal history of this discussion in Canada and to set out some of the options.

When one speaks about death and dying in this context, there are really three broad categories of analyses. First, there are those issues that arise from medical treatment itself: The question of when a patient can refuse treatment and when health care professionals can withhold or withdraw treatment; and the question where health care is provided in circumstances where death is a foreseeable but unintended consequence, for example, giving morphine to alleviate pain as a palliative measure.

Second, there is the question of physician-assisted suicide. This would include providing the means or enabling the patient to commit the act of suicide, but the act would remain essentially that of the patient.

Third, there is the question of what may be called active euthanasia, an act of someone else upon the person who is to die, and how the law deals with doctors or others who take active steps whether out of kindness or compassion, either with or without the request of the patient, to end the patient's life.

The lines that divide these three general categories are sometimes blurred. In large measure, and speaking generally, the first category involving the refusal or the cessation of treatment raises as many medical issues as it does legal issues. Perhaps this category is not so much a matter for the criminal law as for medical practices and principles. The latter two categories, physician-assisted suicide and euthanasia, much more directly raise issues that belong in the legal sphere.

I propose to speak briefly about the first category and then deal in more detail with the last two. In doing so, I will review the current state of the law in Canada very generally and then identify some of the possible options that you may wish to consider as you deliberate upon these issues.

First, there are the so-called treatment issues. When can a patient refuse treatment? When can health care professionals withhold or withdraw treatment? What about forms of treatment, perhaps, to treat symptoms that have the incidental, the foreseeable but unintended, consequence of causing death?

Advances in medicine and technology have made it possible to maintain life support for patients in circumstances where, even 10 or 15 years ago, this would not have been possible. Are there implications for the criminal law in refusing or withholding or

## [Traduction]

Il me semble que les gens veulent avant tout savoir ce que signifient ces interdictions, et ils veulent savoir si elles s'appliquent toujours. Au Canada, la loi applicable est le Code criminel fédéral, qui interdit de tuer volontairement (c'est-à-dire de commettre un meurtre), de conseiller à une personne de se donner la mort et d'aider ou d'encourager quelqu'un à mettre fin à ses jours.

Comme je l'ai déjà dit, je ne suis pas ici aujourd'hui pour faire connaître mon propre point de vue ou pour défendre une position en particulier. Je suis ici en ma qualité de ministre de la Justice pour donner un aperçu de certains aspects juridiques du débat et pour exposer certaines options.

Lorsqu'il est question de mort ou de mourants dans ce contexte particulier, le débat se divise en trois grandes catégories. Il existe tout d'abord des questions découlant du traitement comme tel: la question de savoir quand un malade peut renoncer au traitement et quand les professionnels de la santé peuvent refuser d'administrer un traitement ou y mettre fin; la question de la prestation de soins de santé lorsque la mort est leur conséquence prévisible mais non voulue, par exemple administrer de la morphine pour soulager la douleur.

Ensuite, il y a la question du suicide avec l'aide d'un médecin. Cela comprendrait de fournir les moyens ou d'aider le patient à se suicider, mais ce serait essentiellement le patient qui commettrait l'acte.

Enfin, il y a la question que l'on peut peut-être qualifier d'euthanasie active, c'est-à-dire l'acte commis à l'égard d'un mourant par quelqu'un d'autre et comment la loi traite les médecins ou d'autres personnes qui posent des gestes précis pour mettre fin à la vie d'un malade, qu'il l'ait demandé ou non, et ce par pure bonté ou compassion.

La différence entre les trois catégories du débat n'est pas toujours claire. La première catégorie qui traite de la renonciation au traitement ou de l'interruption de traitement soulève autant de questions médicales que de questions juridiques. Cette question n'intéresse peut-être pas tant le droit pénal que les pratiques et les principes de la médecine. Les deux dernières catégories, soit l'aide au suicide et l'euthanasie, relèvent, elles, beaucoup plus de la justice.

Je vous parlerai brièvement de la première catégorie pour ensuite examiner plus en profondeur les deux dernières. J'en profiterai pour passer en revue la loi telle qu'elle est en ce moment, au Canada, et je vous proposerai quelques solutions que vous étudierez peut-être lors de vos délibérations.

Passons donc aux questions soulevées par le traitement. Quand un malade peut-il refuser un traitement? Quand les professionnels de la santé peuvent-ils interrompre un traitement ou y mettre fin? Qu'en est-il d'autres formes de traitement, peut-être employées pour traiter les symptômes de la maladie qui ont pour effet secondaire prévisible mais non voulu de provoquer la mort?

Les progrès de la médecine et de la technologie permettent de maintenir artificiellement en vie des malades qui, il y a à peine 10 ou 15 ans, seraient morts. S'expose-t-on à des poursuites pénales si l'on refuse un traitement ou encore si on l'interrompt ou qu'on



## [Texte]

withdrawing treatment even though this will result in death from the underlying disease?

For example, there are patients who are conscious and capable of refusing treatment and who do so because they are suffering unbearable physical or psychological pain. There are patients who are comatose or in a persistent vegetative state with no hope of recovery. A capable patient may ask that treatment be withheld or withdrawn, or the hospital may not wish to initiate or continue treatment. In the case of the incapable patient, the family or the hospital may wish life support, including nourishment, to be discontinued.

Quelles sont alors les conséquences d'une telle décision en droit pénal? Le Code criminel n'impose pas le traitement inutile ni ne contraint le malade conscient à accepter un traitement qu'il ne désire pas. De même, il n'interdit pas les soins palliatifs nécessaires qui sont prodigués conformément à l'exercice généralement accepté de la médecine, que ces soins entraînent ou non la mort du malade.

The question arises: Can the Criminal Code be made plainer or simpler in these respects? The Law Reform Commission of Canada, in its 1983 report on these issues, called for greater clarification, and others have supported this view.

Almost ten years later, the hospital in the Nancy B. case went to court because they were concerned that it might be contrary to the Criminal Code to remove a young woman's respirator at her request, knowing that the disease would then cause her death. The court assured the hospital that there was no conflict with the Code. In fact, other hospitals have been acting on their patient's requests in such circumstances for some time.

The government would be interested in the view of this committee as to whether the Criminal Code should be further changed to add clarification. Perhaps that could be considered in the broader context of the other issues that you have under discussion.

Witnesses before your committee have made it clear, it seems to me, that the greatest scope for helpful initiatives in this first area of analysis perhaps lies not with the Criminal Code but with health care professions themselves, the hospitals, and the provinces that have jurisdiction over both. For example, there appear to be no uniform guidelines for clinical practice in withholding or withdrawing treatment, and some physicians are unsure whether they are acting appropriately. In some cases where diagnosis of and psychiatric treatment for depression is unavailable, there is a danger that the patient's request for withdrawal of treatment may not represent their wishes once their depression has been treated successfully. In cases involving palliative care, coroners' inquests have found inappropriate doses of drugs being administered, and they have recommended further training in the provision of such care.

## [Translation]

y met fin, même si la décision doit entraîner la mort du patient qui serait alors emporté par la maladie?

Ainsi, un malade peut être conscient et en mesure de refuser un traitement même s'il ressent des souffrances physiques ou psychologiques intolérables. Il peut aussi s'agir d'un comateux ou d'un malade dans un état végétatif persistant n'ayant aucune chance de se rétablir. Le malade capable de prendre des décisions peut refuser le traitement ou demander qu'on y mette fin, ou l'hôpital peut ne pas vouloir ordonner le traitement ou poursuivre celui qui a déjà été prescrit. Pour ce qui concerne le malade incompetent, sa famille (ou l'hôpital) peut vouloir ne pas continuer à le maintenir en vie de façon artificielle, par exemple en le nourrissant.

What are the implications for the criminal law of these types of decisions? The Criminal Code does not require futile treatment, nor does it require capable patients to accept treatment they do not want. Similarly, necessary palliative care which is carried out in accordance with generally accepted medical practice is not prohibited by the Code whether or not this treatment results in the death of the patient.

On peut se demander si le Code criminel pourrait être plus limpide à l'égard de ces questions. La Commission de réforme du droit du Canada recommandait, dans son rapport de 1983, que ces questions soient clarifiées, et d'autres observateurs se sont dit du même avis.

Presque dix ans plus tard, l'hôpital visé dans l'affaire Nancy B. a porté sa cause devant les tribunaux parce qu'il craignait d'enfreindre le Code criminel en débranchant le respirateur de la jeune femme à la demande de celle-ci, sachant qu'elle en mourrait. Les tribunaux ont assuré à l'hôpital qu'il ne violerait pas les dispositions du Code criminel. En fait, d'autres hôpitaux acquiesçaient déjà depuis quelque temps à des demandes semblables à celle de Nancy B.

Le gouvernement aimerait savoir si le comité juge que le Code criminel devrait être clarifié. Le comité pourrait étudier la question dans le contexte plus général des autres questions dont il délibère.

Les témoins qui ont comparu devant le comité ont clairement indiqué que ce ne sont pas les dispositions du Code criminel, mais plutôt les spécialistes de la santé, les hôpitaux et les provinces (dont relèvent les deux premiers) qui permettront de lancer les initiatives les plus utiles. Par exemple, les lignes directrices qui régissent les cliniciens dans leur décision de refuser ou de cesser un traitement ne semblent pas uniformes, de sorte que certains d'entre eux ne savent pas au juste s'ils agissent convenablement. Ainsi, dans les cas où l'on peut assurer le diagnostic et le traitement psychiatrique d'une dépression, il existe un danger: la demande du malade visant à faire cesser son traitement ne correspondra peut-être pas à son souhait, une fois que sa dépression aura été traitée avec succès. Pour ce qui est des soins palliatifs, les coroners ont constaté lors de leurs enquêtes que des drogues étaient mal administrées. D'ailleurs, ils ont recommandé une formation en prestations de soins palliatifs.

## [Text]

Let me turn now to the second and third general categories which raise more directly the legal issues with which we must deal. Those are: physician-assisted suicide and euthanasia.

I start with the proposition that suicide itself is not a criminal offence. By virtue of section 241 of the Criminal Code, counselling, aiding or abetting suicide is an offence. There is no definition in the code of "assisting suicide".

For today's purposes, perhaps I may use the term "assisted suicide" or "physician-assisted suicide" for those cases in which a physician provides the means of death by which a patient can end his or her own life, which could be aiding or abetting suicide under section 241 of the Criminal Code.

"Euthanasia", of course, is not a term of criminal law. It is indeed an euphemism. It is a method by which we communicate that compassion is somehow involved with criminality. The intentional taking of a life is murder under the Criminal Code. The law does not absolve a physician or any other person from criminal responsibility for intentional killing, whether that person acted out of kindness or compassion or even at the request of or with the consent of the patient.

The tragic circumstances of Sue Rodriguez, a victim of a terminal disease who unsuccessfully petitioned the courts to allow her access to assisted suicide, brought home to many Canadians the dilemma in which patients, family, and health care providers may find themselves. In the Rodriguez case, the Supreme Court of Canada held ultimately that there was no constitutional right to an assisted suicide, but it remains to be considered whether a physician or anyone else should ever be permitted to assist the suicide of others or even to act directly to end their lives. The current discussion seems to be focused on the situation where the person seeking to die is terminally ill. It may be that many persons view this as the only circumstance in which assisting suicide would ever be tolerated, but it has been pointed out that it can be very difficult to define what is meant by terminal illness and equally difficult to make the determination in a particular case. It has also been pointed out that, in some circumstances, individuals may suffer more from a long-lasting chronic disease than from a terminal illness.

Perhaps the common feature of all these cases is that we are dealing with people who no longer value their lives and who desire death. If the current law of murder is clear, the prohibition against assisting or aiding in suicide has yet to be judicially interpreted in many different fact situations. Do all forms of assistance fall within the prohibition?

Suppose a terminally ill adult daughter living with her parents prevails upon them not to seek medical assistance if they find her unconscious. She takes an overdose of drugs; they find her unconscious; and, they do not summon assistance until she is dead. In Britain, in a case on exactly those facts, where the

## [Traduction]

Permettez-moi d'aborder maintenant les deuxième et troisième aspects du débat qui soulèvent plus directement des questions juridiques qu'il faut régler: le suicide avec l'aide d'un médecin et l'euthanasie.

Je soutiens que le suicide n'est pas, en soi, une infraction criminelle, mais que conseiller à une personne de se donner la mort, l'aider ou l'encourager à le faire constituent une infraction aux termes de l'article 241 du Code. Celui-ci ne reconnaît pas la notion d'«aide au suicide».

Par souci de clarté, vous me permettrez d'utiliser l'expression «suicide avec l'aide d'un médecin» dans le sens suivant: le médecin fournit au malade les moyens qui lui permettront de mettre fin à ses jours, ce qui équivaut à aider ou à encourager quelqu'un à se donner la mort, au sens de l'article 241 du Code criminel.

Le droit pénal ne mentionne pas, naturellement, l'euthanasie, euphémisme s'il en est. C'est un moyen de communiquer que la compassion fait en quelque sorte partie de la criminalité. L'euthanasie est un meurtre aux termes du Code criminel. La loi n'absout pas de sa responsabilité criminelle le médecin ou toute autre personne qui a intentionnellement donné la mort à un malade, qu'il ait agi par compassion ou avec le consentement de ce dernier.

Le cas tragique de Sue Rodriguez, cette malade en phase terminale qui avait demandé sans succès aux tribunaux la permission de recourir à l'aide au suicide, a rappelé à de nombreux Canadiens le dilemme dans lequel sont confrontés le malade, sa famille et les fournisseurs de soins de santé. Dans l'affaire Rodriguez, la Cour suprême du Canada a conclu que la Constitution ne prévoit pas le droit à l'aide au suicide. Toutefois, il reste à déterminer si un médecin ou toute autre personne devrait jamais être autorisé à aider quelqu'un à se donner la mort, voire même à agir directement pour mettre fin à ses jours. Le débat actuel semble porter essentiellement sur la situation suivante: la personne qui cherche à mourir se trouve en phase terminale. C'est peut-être que bon nombre de Canadiens estiment qu'il s'agit là d'une condition essentielle à l'aide au suicide. On a cependant fait observer qu'il peut être difficile de définir le «malade en phase terminale», et tout aussi difficile de prendre une décision dans un cas donné. On a aussi fait observer que, dans certains cas, les personnes atteintes d'une affection chronique grave peuvent, en fait, souffrir davantage que bon nombre de malades en phase terminale.

Le trait commun de toutes ces causes est peut-être que les malades ne sont plus attachés à la vie et sont résolus à mourir. Les dispositions législatives actuelles qui régissent le meurtre sont claires. Cependant, il reste aux tribunaux à interpréter l'interdiction de l'aide au suicide à la lumière de diverses situations de faits. Toutes les formes d'aide sont-elles interdites?

Prenons l'exemple d'une adulte en phase terminale qui vit avec ses parents et qui convainc ces derniers de ne pas demander l'aide d'un médecin s'ils la trouvent inconsciente. Elle prend une surdose de médicaments, ses parents la trouvent effectivement inconsciente et ne demandent pas d'aide. Ils la laissent mourir. En



[Texte]

prohibition against assisting suicide is similar to ours, a guilty plea to assisting suicide was accepted and a conviction was registered.

Again, suppose a friend obtains an over-the-counter drug at the request of a hospital patient and leaves it with the patient, knowing that she was considering the possibility of suicide. The patient then takes an overdose of the drug and dies. In a British case on just those facts, there was an acquittal on the charge of assisting suicide.

Tant aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne et qu'au Canada, les médecins et les fournisseurs de soins de santé s'opposent, dans une certaine mesure, à faire exception aux interdictions à l'euthanasie. Toutefois, on semble manifester de l'intérêt à l'égard de ce que devrait être la définition des actes permis pour aider les patients capables qui désirent s'enlever la vie.

I know that this committee is familiar with the law in the Netherlands where euthanasia is far more common than assisted suicide and is a common defence to both euthanasia and assisted suicide.

The emphasis is on the five substantive requirements of the defence which were published by the General Board of the Royal Dutch Medical Association in 1984 and confirmed in court decisions: Voluntary and durable request; full information; intolerable and hopeless suffering; no acceptable alternatives; and, consultation with another physician. I know that witnesses before your committee have referred to studies sponsored by the Netherlands government that have given rise to concern about the extent to which these guidelines are followed in practice.

In 1990, the General Board of the Royal Netherlands Medical Association and the Ministry of Justice in that country agreed upon a procedure whereby in any case in which euthanasia had occurred the physician would give formal notice to the authorities in keeping with a certain protocol that they agreed upon. It is important to note that even that approach in the Netherlands left the final decision about whether to prosecute with the five Procurators General, the head authorities in the areas of jurisdiction in the courts of appeal, and the Secretary General representing the Minister of Justice.

In Canada, unlike in the Netherlands, because of our Confederation, the federal Minister of Justice does not prescribe prosecution policy, apart from in the territories. Each provincial Attorney General is responsible for the administration of justice in his or her province. Since the Criminal Code does not address the different possible fact situations, the approaches might differ from province to province.

For example, in British Columbia, as you know, there are now guidelines governing euthanasia and assisted suicide, but they are general in nature. Guidance on very different fact situations might be provided for in the provinces, but it might differ. In the final analysis, the approach of criminal law through guidelines could be

[Translation]

Grande-Bretagne, dans un tel cas, où l'interdiction de l'aide au suicide est semblable à la nôtre, un plaidoyer de culpabilité à l'égard d'une accusation d'aide au suicide a été accepté et a mené à une déclaration de culpabilité.

Autre exemple, supposons qu'un ami obtienne un médicament en vente libre à la demande d'une patiente hospitalisée et laisse le médicament à celle-ci, tout en sachant qu'elle envisage la possibilité de se suicider. La patiente prend une surdose du médicament et meurt. Dans une affaire comme celle-là en Grande-Bretagne, il y a eu acquittement à l'égard d'une accusation d'aide au suicide.

In the United States, Great Britain and Canada there appears to be some resistance among physicians and other health care providers to allowing any exceptions to the prohibitions against euthanasia. However, there seems to be some interest in defining what types of acts should be permitted in assisting capable patients who wish to take their own life.

Je sais que le comité connaît déjà la loi en vigueur dans les Pays-Bas, où l'euthanasie est beaucoup plus répandue que l'aide au suicide et où il existe une défense appliquée à ces deux phénomènes.

On met l'accent sur les cinq exigences applicables à la défense. Ces exigences, qui ont été publiées par le conseil général de la *Royal Dutch Medical Association* en 1984 et confirmées par des décisions judiciaires, sont les suivantes: une demande volontaire et durable, tous les renseignements nécessaires, une souffrance intolérable et sans espoir, l'absence d'une solution de rechange acceptable et des consultations avec un autre médecin. Je sais que des témoins entendus par votre comité ont fait état d'études parrainées par le gouvernement des Pays-Bas qui soulève des préoccupations en ce qui a trait à la mesure dans laquelle ces exigences sont respectées.

En 1990, le conseil général de la *Royal Netherlands Medical Association* et le ministre de la Justice des Pays-Bas sont convenus de la procédure d'avis suivante: le médecin qui pratique l'euthanasie avise officiellement les autorités selon un certain protocole dont ils sont convenus. Il importe de souligner que, même dans cette approche des Pays-Bas, la décision finale appartient aux cinq procureurs généraux (les principales autorités dans les domaines relevant de la compétence des cours d'appel) et au secrétaire général, qui représente le ministre de la Justice.

Contrairement à ce qui se passe aux Pays-Bas cependant, au Canada, ce n'est pas le ministre fédéral de la Justice qui décide de poursuivre, sauf au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Tous les procureurs généraux des provinces sont chargés de l'administration de la justice dans leurs provinces. Comme le Code criminel ne traite pas des diverses situations de faits possibles, ils peuvent avoir des perspectives différentes à l'égard des poursuites.

Ainsi, en Colombie-Britannique, comme vous le savez, il existe maintenant des lignes directrices en matière d'euthanasie et d'aide au suicide, mais elles sont de nature générale. Par conséquent, les provinces peuvent établir des principes à propos de situations de faits fort différentes, mais ces principes pourraient varier d'une

*[Text]*

seen as conferring a discretion to refuse to enforce the criminal law, and that itself raises important policy questions.

You are also aware that the minority judgment in the Rodriguez case recommended a method of importing into Canada the types of conditions that constitute a defence in cases of assisted suicide in the Netherlands. The Chief Justice who wrote the minority opinion in the Rodriguez case would have approved a constitutional exemption from the prohibition against assisted suicide on conditions similar to those outlined by Chief Justice McEachern of the B.C. Court of Appeal.

Those conditions were: The exemption could only be sought by way of application to a superior court. Second, the applicant would have to certify to a treating physician and an independent psychiatrist that the applicant was competent to make the decision to end her own life. The physicians must certify that the applicant's decision was made freely and voluntarily. Also, at least one of the physicians would have to be present with the applicant at the time the suicide occurred. The physician would also be obligated to certify that the applicant either is or will become physically incapable of committing suicide unassisted and that they have informed the applicant and the applicant understands that he or she has a continuing right to change his or her mind about terminating life. In addition, notice and access would be given to the regional coroner prior to causing the death. The applicant would be examined daily by one of the treating physicians. The constitutional exemption would be for a certain period of time, which could expire. The act causing death must be that of the applicant, him or herself, and not of anyone else.

This would contemplate notification of authorities prior to causing the death, not after the death, as in the Netherlands. Chief Justice Lamer's requirements differed from those of Chief Justice McEachern by not limiting the remedy to those who are terminally ill and suffering from an incurable disease.

As well, while finding it unnecessary in order to decide the issue, Chief Justice Lamer also asked why Sue Rodriguez should be prevented the option of choosing suicide should her physical condition deteriorate to the point where she was no longer physically able to press a button or blow into a tube. He stated that it is in such circumstances that assistance is required most.

The requirement of individual applications to the superior courts was a method recently approved by the British House of Lords in the *Bland* case in the absence of any legislative exemption for situations involving incapable persons in a persistent vegetative state with no hope of recovery.

*[Traduction]*

province à l'autre. En dernière analyse, on pourrait considérer que les lignes directrices confèrent le pouvoir discrétionnaire de refuser d'appliquer le droit criminel, ce qui en soi soulève d'importantes questions.

Vous savez également que, dans l'arrêt Rodriguez, un nombre minoritaire de juges recommandaient une méthode d'importation au Canada des genres de conditions constituant une défense dans les Pays-Bas, dans les causes d'aide au suicide. S'exprimant au nom de la minorité de la Cour suprême, le juge en chef aurait approuvé une exemption constitutionnelle applicable à l'interdiction de l'aide au suicide aux mêmes conditions que celles qui ont été décrites par le juge en chef McEachern en cour d'appel de la Colombie-Britannique.

Ces conditions étaient les suivantes: l'exemption constitutionnelle ne peut être demandée que par voie de requête à une cour supérieure. Ensuite, un médecin traitant et un psychiatre indépendant doivent attester que le requérant est capable de décider de mettre fin à sa vie, et le médecin doit certifier que sa décision a été prise librement et volontairement. En outre, au moins un des médecins doit être auprès du requérant, au moment où il se donne la mort avec l'aide requise. Le médecin serait également tenu de certifier que le requérant est ou deviendra physiquement incapable de se suicider sans aide et qu'il a informé le requérant, et que celui-ci comprend, qu'il continue d'avoir le droit de changer d'avis au sujet de son intention de se donner la mort. Par ailleurs, le coroner régional doit recevoir un avis et être autorisé à être présent avant que l'on cause la mort du requérant. Le requérant doit subir un examen quotidien par l'un des médecins qui établit le certificat. L'exemption constitutionnelle prendra fin conformément à certains délais. L'acte causant la mort du requérant doit être son propre geste, non celui d'autrui.

Contrairement à l'exigence en vigueur aux Pays-Bas selon laquelle il faut aviser les médecins légistes après le décès, le médecin doit informer le coroner de la région avant de poser le geste causant le décès. Toutefois, les exigences énoncées par le juge en chef Lamer sont différentes de celles qu'a formulées le juge McEachern, car elles ne restreignent pas ce recours au malade en phase terminale qui souffre d'une maladie ou d'un état incurable.

En outre, tout en estimant que cette question était superflue pour rendre une décision, le juge Lamer s'est demandé pourquoi l'on devrait interdire à Sue Rodriguez l'option de choisir le suicide si son état se détériorait au point de ne plus être physiquement capable de pousser un bouton ou de souffler dans un tube. Il a déclaré que c'est certainement dans de telles circonstances que l'aide est la plus indispensable.

L'exigence portant sur les demandes individuelles présentées aux cours supérieures constituait une méthode récemment prescrite par la Chambre des lords en Angleterre, dans l'affaire *Bland*, en l'absence de toute exemption prévue par la loi. La personne en cause était une personne incapable qui était dans un état végétatif persistant et qui n'avait aucun espoir de retrouver la santé.



## [Texte]

May I turn to the subject of what options might arise in the Canadian context for changes to accommodate some of these considerations? I do not advocate one or the other; I see my role as simply identifying options for the committee to consider.

The options are these: First, to do nothing and maintain the status quo. Second, we might repeal the offence of assisting suicide. Third, there might be an acceptable definition of assisting suicide developed to narrow the scope of the offence as it now exists, and to demonstrate that some conduct, which is now caught, would not be criminal. Fourth, we might legalize assisting suicide and euthanasia, but both only under certain conditions, such as the advanced determinations and authorizations in individual circumstances contemplated in the minority judgment in Rodriguez. Fifth, instead of doing it that way, we might establish new defences. As far as murder is concerned, a limited defence of compassionate homicide may be established which would reduce the offence from murder to manslaughter. Six, you could leave the law the same and just change the punishment for aiding suicide or where the limited defence of compassionate homicide is established. Last, we might create a special offence of compassionate homicide, which may or may not include assisting suicide.

Maintaining the status quo will not resolve the issues that you have heard from witnesses. It will leave a situation in which the Criminal Code contains offences such as murder that are too broad and provide too severe penalties for some acts that under certain conditions should be punished less severely on public policy grounds. Taking no action would not resolve the issues that arise in relation to assisting suicide.

What about repealing the offence of assisting suicide? That offence has been in the Criminal Code since its enactment long ago. It is included in order to provide an alternative in appropriate circumstances to a prosecution for murder and to provide an avenue for reduced penalties. The types of conduct prohibited by this offence have yet to be clarified.

Before consideration can be given to whether or not the offence should be repealed, perhaps we should clarify what types of conduct would either be intended to be included or not. Just repealing it would not necessarily end the controversy.

What about the third, developing an acceptable definition of assisting suicide to narrow the scope of the offence and demonstrate that some conduct which is now caught would not be criminal?

Comme je l'ai déjà mentionné, avant de déterminer s'il y a lieu d'abroger cette interdiction, il convient de la définir. Il se pourrait qu'il soit possible d'élaborer une définition acceptable.

Aux États-Unis, où l'euthanasie n'est permise dans aucun État, 32 États criminalisent expressément l'aide au suicide au moyen d'une loi, 12 États et le district fédéral de Columbia criminalisent l'aide au suicide au moyen de la common law (la plupart l'assimilent à un homicide involontaire coupable), et

## [Translation]

J'aimerais passer maintenant aux options qui pourraient s'offrir au Canada pour faire place à certaines de ces considérations. Je ne défends pas un camp ou l'autre; je suis ici simplement pour soumettre au comité des choix.

Les voici: tout d'abord, ne rien faire, maintenir le statu quo. Ensuite, abroger l'infraction d'aide au suicide. En troisième lieu, élaborer une définition acceptable de l'aide au suicide afin de restreindre le champ d'application de l'infraction et d'établir qu'un certain acte, actuellement condamné, ne serait pas pénalisé. En quatrième lieu, légaliser l'aide au suicide, mais uniquement dans certaines conditions, comme prendre des décisions et donner des autorisations à l'avance dans des cas particuliers, tel que l'envisageait la décision minoritaire dans l'affaire Rodriguez. En cinquième lieu, plutôt que de procéder ainsi, nous pourrions prévoir de nouveaux moyens de défense. Dans la mesure où il est question de meurtre, on pourrait prévoir un moyen de défense limité pour l'homicide commis par compassion grâce auquel l'accusation passerait du meurtre à l'homicide. En sixième lieu, on pourrait conserver la loi telle quelle et se contenter de changer la peine applicable à l'aide au suicide lorsque la défense relative au meurtre par compassion réussit. Enfin, on pourrait créer une infraction distincte de meurtre par compassion, susceptible de comprendre l'aide au suicide.

Le maintien du statu quo ne répondra pas aux préoccupations exprimées par les témoins. On se retrouvera avec un Code criminel qui prévoit certaines infractions trop générales comme le meurtre et punit sévèrement certains actes qui, dans certaines circonstances, pourraient être punis moins sévèrement pour des motifs d'ordre public. Cette option ne semble pas non plus aider à déterminer quel genre d'actes constitue une aide au suicide.

Ne pourrait-on pas abroger l'infraction d'aide au suicide? Cette infraction est prévue dans le Code criminel depuis son adoption, il y a fort longtemps. Elle vise à fournir une solution de rechange à une poursuite pour meurtre et à ouvrir la voie à des peines moins sévères. Par contre, les types de conduites interdites par cette infraction restent à déterminer.

Avant de décider s'il y aurait lieu d'abroger cette infraction, il conviendrait peut-être de préciser à quel type de conduites l'abrogation chercherait à s'attaquer. La simple abrogation ne mettrait pas forcément fin à la controverse.

Pour ce qui est de la troisième option, c'est-à-dire d'élaborer une définition acceptable de l'aide au suicide afin de restreindre le champ d'application de l'infraction et démontrer que certains types de conduites qui sont actuellement interdits ne seraient pas criminels, qu'arriverait-il?

I have already said that, before considering whether to repeal this prohibition, it should be defined. It may be that an acceptable definition can be developed.

In the United States, where euthanasia is not permitted in any state, 32 states explicitly criminalize assisted suicide by statute, 12 states and the District of Columbia criminalize assisted suicide through the common law — most define it as manslaughter — and in 6 states where the common law of crimes has been

## [Text]

dans six États où les règles de common law applicables aux crimes ont été abrogées, aucune loi ne criminalise expressément l'aide au suicide et la situation de l'infraction sur le plan juridique n'est pas claire.

Les lois comportent plusieurs versions différentes de l'infraction d'aide au suicide et certaines pourraient servir de modèle pour mieux définir la conduite visée.

If the conduct is specified clearly, the result may be an increase in charges related to the offence, particularly with the publicity currently being given to these issues.

The fourth option is to legalize assisting suicide and euthanasia under certain conditions providing for advanced determinations and authorizations in individual cases. This approach is consistent with the minority in Rodriguez. It could also permit assisted suicide in the limited situation raised but not decided by Chief Justice Lamer in Rodriguez; that is, when a patient's condition has deteriorated to the point where he or she is no longer physically able to press a button or blow into a tube. Currently, this type of conduct by a third party is classified as murder rather than assisted suicide.

Most proposals to adopt this option would restrict protection to doctors and other health care providers. The additional question is whether to extend the protection to all who meet the required conditions such as family and friends. As to specific protection for physicians, we must bear in mind that some of the medical organizations have expressed their opposition to any form of legalized euthanasia or assisted suicide. Some individual physicians are very much in favour of this option.

The fifth option is to establish a limited defence of compassionate homicide, reducing murder to manslaughter. There is concern here that protection for vulnerable persons requires legal prohibitions against euthanasia. At the same time, there is sympathy with the plight of patients and health care providers, family and friends in these circumstances. This type of option would permit both concerns to be recognized. The crime would remain, but a defence in limited circumstances would be available that would have a consequence for the penalty.

The Supreme Court of Canada has pointed out that motive is not relevant in these situations. Decisions of the court have also made it clear that a conflict of physician's duties to help the patient and preserve life — such as that recognized in the Netherlands under the defence of *force majeure* — is not a defence in Canada. This option would treat homicide motivated by compassion as a limited defence to murder, and if it were established it would lead to a conviction for manslaughter. The judge would have far more discretion in sentencing. There would be no minimum term of imprisonment.

## [Traduction]

abolished, no statute explicitly criminalizes aiding suicide and the legal status of the offence is unclear.

There are many statutory versions of the offence of assisted suicide, and some may serve as models for better defining the conduct of concern.

Si la conduite est précisée plus clairement, un plus grand nombre d'accusations pourrait être porté, particulièrement avec toute la publicité qui entoure actuellement ces questions.

La quatrième option consiste à légaliser l'aide au suicide et l'euthanasie dans certaines conditions (prendre des décisions et donner des autorisations à l'avance dans des cas particuliers). Cette approche est conforme aux suggestions faites dans le rapport minoritaire sur l'affaire Rodriguez. Elle pourrait aussi permettre l'aide au suicide dans le genre limité de situations soulevées mais non tranchées par le juge en chef Lamer dans l'affaire Rodriguez, c'est-à-dire dans le cas où l'état du patient s'est détérioré au point que celui-ci n'est plus «physiquement capable de pousser un bouton ou de souffler dans un tube». Actuellement, ce genre d'acte est considéré comme un meurtre plutôt que comme une aide au suicide s'il est commis par un tiers.

La plupart des propositions visant à retenir cette option limiteraient la protection aux médecins et aux autres personnes oeuvrant dans le domaine de la santé. Il y a donc lieu de se demander si la protection ne devrait pas être étendue à toutes les personnes qui remplissent les conditions requises, notamment à la famille et aux amis. En ce qui concerne la protection particulière accordée aux médecins, il faut se rappeler que certaines associations de médecins s'opposent à l'euthanasie et à l'aide au suicide. Par contre, des médecins sont très favorables à cette option.

Pour ce qui est de la cinquième option, soit de prévoir un moyen de défense limitée pour l'homicide commis par compassion, ce qui permettrait de réduire l'infraction de meurtre à une infraction d'homicide involontaire coupable, certaines personnes estiment que la protection des personnes vulnérables exige que l'euthanasie soit interdite par la loi. Par contre, on sympathise avec les difficultés des patients, des responsables des soins de santé, des familles et des amis dans certains cas. Cette option permettrait de tenir compte des préoccupations soulevées d'un côté comme de l'autre. L'interdiction demeurerait, mais on pourrait invoquer un moyen de défense dans certaines circonstances précises qui aurait pour conséquence de réduire la peine.

La Cour suprême du Canada a fait remarquer que le mobile n'est pas pertinent dans ce genre de situations, et il ressort des décisions de la cour que le devoir contradictoire du médecin d'aider le patient, d'une part, et de préserver la vie, d'autre part, qui, aux Pays-Bas, est visé par le moyen de défense fondée sur la «force majeure» ne constitue pas un moyen de défense au Canada. En vertu de cette option, l'homicide commis par compassion constituerait un moyen de défense limité à une accusation de meurtre qui, s'il réussissait, mènerait à une condamnation pour homicide involontaire coupable, ce qui laisserait un pouvoir de



## [Texte]

The sixth alternative is to alter the punishment for aiding suicide where the limited defence of compassionate homicide is established. This is not providing a defence; it is altering the punishment directly. However, the considerations are similar to that in option five. The difference here is that the option would set out carefully considered appropriate punishments, taking into account those penalties awarded in sympathetic cases either here or elsewhere. This option has not been considered before in connection with the Criminal Code.

In 1984, the Law Reform Commission of Canada recommended that mercy killing should be a charge of second degree murder carrying no mandatory minimum sentence. However, there have been very few reported Canadian cases, and therefore the types of punishment which would be appropriate have not been examined.

The seventh option is to create a special offence of compassionate homicide or euthanasia. Legislation could provide that causing or aiding the death of another by a qualified physician or health care provider where the act is done at the request of a capable terminally-ill patient, and with the compassionate motive of relieving suffering, is a separate offence called euthanasia, not murder, and is not punishable.

This would preserve the formal prohibition against taking life, but would not punish because the act was done under the prescribed conditions. It would be up to the professional licensing body to determine whether any disciplinary action should be taken. There is a question as to whether this should apply only to doctors or should include families and friends of patients.

Another option is to create a special category of murder. This would be a charge where it appears the killing was done on compassionate grounds or the person requested to be killed. There would be no minimum sentence and the maximum of up-to-life would be there if the required conditions were not established at trial.

A variation would be to provide that if murder is charged and the above conditions are made out, then the jury could convict on the special category of murder with its special sentencing provisions.

Obviously, if any of the options four to seven are to be examined or implemented, they would be drafted with great care to prevent any abuse or imprecision. We must be vigilant in ensuring that vulnerable members of our society — whether they be children or terminally or chronically ill persons of any age — are protected from abuse.

## [Translation]

discrétion considérable au juge qui prononce la peine. Aucune peine minimale d'emprisonnement ne serait prévue.

La sixième solution serait de changer la peine applicable à l'aide au suicide lorsque la défense limitée relative au meurtre par compassion réussit. On ne prévoit donc pas un moyen de défense, on modifie la peine directement. Cependant, les questions à considérer relativement à cette option sont semblables à celles que soulève l'option cinq. La différence tient à ce que cette option prévoirait les peines appropriées, résultant d'une étude en profondeur, qui pourraient être imposées, en tenant compte des peines qui auraient été prononcées au Canada ou ailleurs dans des cas qui ont suscité la sympathie du public. Ce genre d'option n'a pas encore été examiné au regard de notre Code criminel.

En 1984, la Commission de réforme du droit a recommandé que l'euthanasie soit assimilée au meurtre au deuxième degré n'entraînant aucune peine minimale obligatoire, mais elle ne s'est pas penchée sur le genre de peine qui pourrait être approprié, et ce probablement en raison du nombre peu élevé de cas signalés au Canada.

Dans la septième option, soit de créer une infraction distincte d'homicide par compassion ou d'euthanasie, la loi pourrait prévoir que le fait de causer la mort d'autrui ou d'aider une autre personne à s'enlever la vie constitue une infraction distincte non punissable appelée euthanasie. Il n'y aurait donc pas meurtre si l'acte reproché a été commis par compassion, à la demande d'un patient capable en phase terminale, par un médecin qualifié ou un fournisseur de soins de santé, dans le but de mettre un terme à la souffrance.

De cette façon, le fait d'enlever la vie continuerait d'être formellement interdit, mais la personne qui commettrait l'acte dans les conditions prescrites ne serait pas punie. Ce serait alors à l'organisme responsable de la délivrance des permis aux membres de la profession qu'il appartiendrait de décider si des mesures disciplinaires doivent être prises. Il y a lieu de se demander si cette infraction ne devrait viser que les médecins ou si elle devrait être étendue aux familles et aux amis des patients.

Une autre option consisterait à créer une catégorie distincte de meurtre à laquelle on aurait recours lorsqu'il semble que l'homicide a été commis par compassion ou à la demande de la personne qui a été tuée. Il n'y aurait aucune peine minimale, mais une peine maximale d'emprisonnement à vie serait prévue dans les cas où l'on ne réussirait pas au procès à établir que les conditions requises étaient réunies.

Autre possibilité, on pourrait prévoir que, si une personne est accusée de meurtre et qu'il est établi que les conditions mentionnées ci-dessus sont réunies, le jury pourrait alors rendre un verdict de culpabilité pour la catégorie spéciale de meurtre, et les dispositions qui s'appliqueraient relativement à la détermination de la peine seraient différentes.

De toute évidence, si l'une des options quatre à sept est envisagée ou retenue, le libellé de la loi devra être aussi précis que possible afin d'éviter les abus et l'ambiguïté. Nous devons être vigilants afin que les membres vulnérables de notre société, qu'il s'agisse d'enfants ou de malades de tout âge en phase terminale ou atteints d'un mal chronique, soient protégés contre les abus.

[Text]

I wish to express my profound respect for the complexities and importance of the questions which are now under discussion. There is a sense of responsibility that these matters be addressed. I know it is a sense of responsibility that you share. I hope, by appearing here today, that I have been of some small assistance to you and your committee.

The staff and resources of the Department of Justice are at your disposal. If there is any way we can help by furnishing research material or technical expertise, we are more than happy to do that. We are available at your request for that purpose.

Thank you.

**Le sénateur Beaudoin:** Je désire vous remercier vivement monsieur le ministre, parce que votre mémoire est extrêmement utile. Même si vous dites que vous ne prenez pas position, il est très clair que vous dressez les paramètres et je désire vous remercier parce que sur le plan juridique, c'est extrêmement utile.

We have jurisdiction in the Parliament of Canada with respect to criminal law and the Criminal Code. Many points that are in issue here should be under the Criminal Code. Palliative care is under provincial jurisdiction to a great extent. The practice of the medical profession is under provincial authority. I know that there is a mechanism in this country to settle problems of health with the provinces. We do not consider that we are restricted to the federal field at all. We will talk about many aspects of the Criminal Code. We will probably recommend legislation in the federal field and in the provincial field.

What is your reaction to that as the Minister of Justice of Canada?

**Mr. Rock:** I agree with you. The first of the three broad categories that I sketched were medical treatment issues: withholding, refusing, terminating treatment, or indeed treating symptoms, in such a fashion that palliatively you might induce death, not as an intended but as a foreseeable consequence.

Those issues are dealt with more effectively through medical practice principles and guidelines or legislation in the health sphere rather than in the federal criminal sphere.

The Minister of Health would be glad to work with her provincial and territorial counterparts to achieve just that. If that were the view of this committee, if parliamentarians decided that we should approach it from a policy perspective through the health sector, then I would be supportive of that.

The criminal law should tread as far as is necessary to create offences, but it should not overreach. If an area of human conduct can be said more fairly or effectively to be regulated through another means, then let us use that means.

[Traduction]

Je me rends fort bien compte de la complexité et de l'importance des questions actuellement débattues. Il est de notre devoir de les régler. Je sais que vous partagez avec moi ce sens des responsabilités. J'espère, par ma comparution ici aujourd'hui, avoir pu vous être d'une certaine utilité, à vous et à votre comité.

Si les fonctionnaires et les ressources du ministère de la Justice peuvent vous être utiles, ils sont à votre disposition. Si nous pouvons vous aider en vous fournissant des documents de recherche ou des compétences techniques, nous le ferons avec enthousiasme. Vous n'aurez qu'à en faire la demande.

Je vous remercie.

**Senator Beaudoin:** Thank you very much for your very valuable brief, Mr. Rock. Although you say you do not advocate one position or another, it is clear that you have set out some parameters and I would like to thank you for this because from a legal standpoint these parameters are extremely useful.

Au Parlement du Canada, nous avons compétence pour tout ce qui touche au droit pénal et au Code criminel. De nombreux points débattus ici devraient relever du Code criminel. Dans une grande mesure, la médecine palliative relève des provinces. La pratique de la médecine relève aussi des provinces. Je sais qu'il existe au pays une tribune pour régler les problèmes de santé avec les provinces. Nous n'estimons pas devoir nous borner aux domaines de compétence fédérale. Nous aborderons de nombreux aspects du Code criminel. Nous recommanderons probablement l'adoption de lois dans des domaines de compétence fédérale comme de compétence provinciale.

En votre qualité de ministre de la Justice du Canada, quelle est votre réaction à cela?

**M. Rock:** Je suis d'accord avec vous. La première des trois grandes catégories que j'ai esquissées incluait les questions touchant au traitement médical: l'interruption, le refus, la cessation d'un traitement, voire le traitement de symptômes, de telle façon qu'en voulant soulager la douleur, vous pourriez provoquer la mort, non pas comme une conséquence voulue mais comme une conséquence prévisible.

Ces questions sont réglées plus efficacement par l'application de principes, de lignes directrices ou de lois visant la pratique médicale dans le domaine de la santé que dans le domaine du droit criminel fédéral.

La ministre de la Santé serait heureuse de se concerter avec ses homologues provinciaux et territoriaux à cette fin. Si c'était l'avis du comité, si les parlementaires décidaient que nous devrions en faire une politique d'État en passant par le secteur de la santé, alors cette solution recevrait tout mon appui.

C'est sûr que le droit pénal devra qualifier certains actes d'infractions, mais il ne faudrait pas exagérer. S'il existe un autre moyen, plus équitable et plus efficace, de réglementer le comportement humain, n'hésitons pas à l'employer.



## [Texte]

When is it permissible to keep prescribing morphine when you know within the next six hours it will cause death? The underlying disease will not kill the person, however the treatment for the pain will. At present, that is shrouded in obscurity. It is an uncomfortable question to ask. Perhaps it is uncomfortable for some physicians to examine, but it is still important. I agree, senator, that if we can do it through the medical sphere, then let us do it that way.

**Senator Beaudoin:** My first reaction is to suggest some amendments in the field of legislation, but I am impressed by your argument that we should legislate only when we feel that there is a strict necessity. It is not necessarily an amendment to the criminal law, but an amendment to criminal law only if necessary.

In that sense, reading the Latimer case and hearing about compassionate homicide, that is an interesting idea. I do not mean that we will propose that. I do not know.

In the field of legislation, it might be accurate not to leave it to the courts only but to the Parliament of Canada to take its own responsibility and to legislate when it is necessary.

**Mr. Rock:** That is the reason d'être for this committee. Parliament is turning to its responsibilities. In Rodriguez, the court expressed exasperation. We cannot solve this problem. It is up to the legislators. That is probably one of the reasons this committee came into existence. We must step up to the responsibility, as contentious and difficult as it is.

If certain of these issues, once we analyze them, can be dealt with through policy, practice or guidelines in the professions, leaving only others to be regulated through the criminal law, then let us amend the criminal law only so far as necessary to get the job done.

**Senator Lavoie-Roux:** You appear to be examining this issue only from a legal point of view. There are a lot of other aspects which must be considered. They are social in the broadest sense, if you think of the families and the survivors of the dead person, et cetera.

Do you intentionally limit yourself to the legal aspect of this issue? Do you feel there are other aspects which should be considered?

We have heard an awful lot about the slippery slope. You might say some are exaggerating and some are not. I will not comment or decide upon that. Obviously, it is a problem and everyone thinks of the more vulnerable people in society. There is a lot of media pressure, family pressure or social pressure which might come into play when one speaks about euthanasia. Could you expand your point of view on this?

## [Translation]

Quand est-il permis de prescrire de la morphine lorsqu'on sait qu'elle provoquera la mort dans les six heures? Ce n'est pas la maladie qui emportera la personne, mais bien le traitement pour soulager sa douleur. Actuellement, la lumière n'a pas été faite sur cet aspect de la question, qui donne lieu à un certain malaise. Il répugne peut-être à certains médecins de l'étudier, mais elle n'en demeure pas moins importante. Je conviens avec vous, sénateur, que si nous pouvons le faire en influant sur la pratique médicale, alors nous ne devrions pas hésiter.

**Le sénateur Beaudoin:** Ma première réaction serait de proposer certaines modifications législatives. Toutefois, votre argument selon lequel nous ne devrions le faire que lorsqu'il n'existe pas d'autres moyens m'impressionne. Ne modifions pas forcément le droit pénal, mais modifions-le lorsque cela s'impose.

En ce sens, l'idée est intéressante lorsqu'on prend connaissance de l'affaire Latimer et qu'on entend parler d'homicide par compassion. Cela ne signifie pas que c'est ce que nous proposerons. Je l'ignore.

Pour ce qui est du domaine législatif, il vaudrait peut-être mieux ne pas laisser uniquement aux tribunaux le soin de décider. Le Parlement du Canada devrait aussi assumer ses responsabilités et légiférer au besoin.

**M. Rock:** C'est la raison d'être du présent comité. Le Parlement s'apprête à assumer ses responsabilités. Dans l'affaire Rodriguez, la cour exprime de l'irritation: elle estime qu'elle ne peut régler le problème, que c'est aux législateurs de trancher. C'est probablement l'une des raisons pour lesquelles on a créé le présent comité. Nous devons faire face à nos responsabilités, aussi litigieuses et difficiles soient-elles à assumer.

Si certaines de ces questions, une fois que nous les avons analysées, peuvent être réglées en énonçant une politique, en adoptant des principes ou des lignes directrices pour les professions, de sorte qu'on ne réglementerait que les autres actes dans le droit pénal, alors modifions le droit pénal dans la stricte mesure où cela s'impose afin d'obtenir les résultats voulus.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Vous semblez aborder cette question uniquement du point de vue légal. Il existe beaucoup d'autres dimensions. Elles sont sociales au sens le plus large de ce mot, si vous songez aux familles et aux survivants de la personne qui meurt, et ainsi de suite.

Est-ce intentionnellement que vous vous limitez à la dimension légale de cette question? Estimez-vous qu'il existe d'autres dimensions qui devraient être étudiées?

Nous avons beaucoup entendu parler de la pente dangereuse. On pourrait dire que certains exagèrent et d'autres, pas. Ce n'est pas à moi de commenter ou de décider. De toute évidence, il y a là un problème, et tous se préoccupent des plus vulnérables de notre société. Il existe beaucoup de pressions, dans les médias, au sein des familles et au sein de la société qui pourraient entrer en jeu lorsqu'on parle d'euthanasie. Pourriez-vous nous donner des précisions sur votre opinion à ce sujet?

## [Text]

Second, you wrote to someone who had sent in a brief — Dr. Morrisette of Laval University — stating that the bureaucrats in your department were very much interested in the question and that they were studying this problem and so on. Do you have any papers or reflections which they have completed and which you could make available to us?

**Mr. Rock:** Nous avons créé par le travail des fonctionnaires les ressources, les recherches concernant tous ces sujets. Je serai très heureux de donner toute cette recherche au comité. J'ai ici aujourd'hui monsieur Starkman qui a travaillé très fort dans les derniers mois et suite à une conversation avec le greffier de ce comité, par la suite, je serai très heureux de vous donner tout ce matériel.

Deuxièmement, quant à votre première question, c'est le contexte social de toutes ces questions. Oui, ma présentation aujourd'hui touchait seulement les questions légales. Mais ce n'est pas parce que je ne respecte pas les questions sociales, les questions plus générales. Je reconnais que vous avez entendu une douzaine ou une vingtaine de témoins qui étaient ici pour décrire le contexte social.

I am appearing before this committee on one of its last hearing days. You have sat for almost a year now hearing about the social context, the slippery slope, the family considerations, the unspoken pressures, the moral, the ethical, the social and the medical implications. I do not doubt for a moment that they are huge considerations. You will take them all into account as you prepare your report.

In a limited way, I saw that my function today, senator, was to provide a legal framework describing the present law and perhaps provide the committee with some options.

After you have considered the broader questions, you look to see if you want a remedy. Do you want to change the law? I have given you a checklist, however incomplete or imperfect, that you might use as you ask yourself, "What changes would we like to see against that broader background?"

I am not suggesting that it is as simple as this. I am saying that if I want to change the law, having considered all the rest of it, here are some ways to do it. You can pick and choose, mix and match, some of this and none of that, not this because it offends some of the social concerns we have heard about the slippery slope, but this because it is happening out there and now we should reflect it and provide a structure in which it can take place responsibly.

I do not suggest that it is as cut and dried as my presentation. I only furnish it to you as some modest assistance to put together with the rest of the evidence that you have heard in an effort to serve Canada by addressing the broad questions.

**Senator Lavoie-Roux:** You raised the question of withdrawal of treatment, hastening of death by the use of painkillers. You are probably aware that in 1983 the Law Reform Commission made recommendations to the effect that those three particular areas,

## [Traduction]

En deuxième lieu, vous avez écrit à quelqu'un qui nous a soumis un mémoire, M. Morrisette de l'Université Laval. Dans cette lettre, vous déclarez que les bureaucrates de votre ministère s'intéressent beaucoup à la question, qu'ils l'étudient, et ainsi de suite. Auriez-vous les documents ou les réflexions auxquels ils ont abouti et pourriez-vous nous les fournir?

**Mr. Rock:** Our officials have conducted research into all these areas. I would be happy to provide members of the committee with the results of their research. With me today is Mr. Starkman who has worked very hard on this issue over the past few months. After a discussion with the Committee Clerk I would be pleased to send you all this material.

Regarding your first question, the social context is the backdrop to all these issues. Yes, my presentation to you today touched only on the legal considerations. But this is not because I cannot perceive the broader social context. You have heard from ten or twenty witnesses who came before you specifically in order to describe the social context.

Je comparais devant le comité l'un de ses derniers jours d'audiences. Voilà déjà un an, presque, que vous entendez parler de contexte social, de pente dangereuse, de considérations familiales, de pressions implicites, de morale, d'éthique, de répercussions sociales et médicales. Indubitablement, ces questions sont très importantes, et vous en tiendrez compte lorsque vous rédigerez votre rapport.

Dans un sens restreint, je voyais mon utilité aujourd'hui, sénatrice, comme étant d'établir les paramètres légaux en vous décrivant le droit actuel et, peut-être, en vous proposant certains choix.

Après avoir étudié les grandes questions, il faut se demander s'il faut prévoir un recours. Veut-on modifier la loi? La liste que je vous ai remise, bien qu'elle soit incomplète ou imparfaite, vous sera peut-être utile lorsque vous vous interrogerez sur les changements que vous aimeriez voir apporter dans ce contexte plus général.

Je ne dis pas que ce soit aussi simple que cela, mais bien que, si nous voulons changer la loi, après avoir pesé tout le reste, voici comment on pourrait s'y prendre. Vous pouvez choisir, combiner différentes options, prendre un peu de ceci sans rien de cela, éviter telle chose parce qu'elle ne répond pas à certaines préoccupations sociales exprimées au sujet de pente dangereuse, mais retenir tel élément parce qu'il correspond à la réalité, que la loi doit en tenir compte et prévoir un certain contexte au sein duquel elle peut se vivre de façon responsable.

Je ne dis pas qu'il soit possible de trancher aussi bien que dans mon exposé. Je me borne à faire une contribution modeste que vous pourrez joindre au reste des témoignages que vous avez entendus, dans le meilleur intérêt du Canada.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Vous avez mentionné la question de l'interruption de traitement, de précipiter la mort en prescrivant des médicaments antidouleur. Vous savez probablement qu'en 1983, la Commission de réforme du droit a présenté des



[Texte]

refusal of treatment, withdrawal or withholding of treatment, and use of medication in palliative care, should have been introduced in the criminal law in order to clarify the difficult situation.

Would this be possible? You seem to be saying that perhaps it should come more under the provincial medical professions. I think they have a role to play in terms of defining some type of guideline. You can withdraw treatment and have a very bad result or it might be a good solution.

Is it possible to put these areas into criminal law? I do not know why it was never done.

**M. Rock:** Ce n'est pas très difficile. Il y a 10 ans, la Commission de la réforme du droit a recommandé des changements pour clarifier la situation du droit criminel.

For almost every moment that I have been Minister of Justice, this committee has been sitting. I did not want to do anything until you finished and then we would decide where we are going with all of this.

It would be possible, for example, to take section 241 of the Criminal Code and add a second section saying that this section does not apply in the following circumstances. Then you could define someone who refused treatment who was capable or a caregiver who discontinued treatment if the person was vegetative. You could do that.

As I said earlier to Senator Beaudoin, perhaps the better approach in those subjects is to do it through medical protocols, guidelines or provincial governance, either professional or provincial governance and not the criminal law. In the years since the Law Reform Commission made that observation, we have had the benefit of some case law. We have the Nancy B. case and also protocols in place in various hospitals which deal with the issues.

Yes, it is possible to change the criminal law to provide the clarity required. However, the question arises as to whether it is better to do it through other means, not the criminal law which is a blunt instrument, but through the regulation of the health professions and professional governance itself through guidelines for doctors.

In any event, the question arises whether, in the years since 1983, experience has served to provide other means to clarify those issues and, thus, no intervention is required.

**Senator Lavoie-Roux:** Could it not be under both?

La raison pour laquelle Nancy B. est allée devant la justice, c'est justement parce que c'était inexistant. On a pensé que peut-être, ou pourrait être poursuivi. On pourra en discuter plus longuement à un autre moment. Il s'agit à la fois du Code criminel et à la fois des responsabilités que les corporations professionnelles devraient assumer médicalement mais dans un autre ordre d'idées...

[Translation]

recommandations visant à inclure dans le droit pénal ces trois questions particulières, soit le refus de traitement, son interruption ou sa cessation et l'utilisation de médicaments en soins palliatifs, afin de clarifier une situation ambiguë.

Serait-ce possible? Vous semblez dire que l'on devrait peut-être laisser les corporations médicales provinciales régler ces questions. Elles ont un rôle à jouer dans la définition d'un certain genre de lignes directrices. On peut interrompre un traitement, et soit que cette interruption aura de très fâcheuses conséquences, soit qu'elle sera une bonne solution.

Est-il possible d'inclure ces questions dans le droit pénal? Pourquoi n'y a-t-on jamais songé auparavant?

**Mr. Rock:** It is not a very difficult thing to do. Ten years ago the Law Reform Commission recommended changes to clarify the criminal law situation.

Le présent comité a siégé presque tous les jours depuis mon entrée en fonction comme ministre de la Justice. Je ne souhaitais rien faire avant la fin de vos travaux. J'attends votre rapport avant de décider de notre nouvelle orientation.

On pourrait, par exemple, ajouter un article prévoyant que l'article 241 du Code criminel ne s'applique pas dans certaines circonstances. On pourrait ensuite donner une définition de la personne capable qui refuse un traitement ou du fournisseur de soins qui met fin à un traitement lorsque la personne est dans un état végétatif. Ce serait possible.

Comme je l'ai dit plus tôt au sénateur Beaudoin, la meilleure solution à cet égard est peut-être d'établir des protocoles, des lignes directrices ou des régies provinciales de la pratique médicale, plutôt que de changer le droit pénal. Depuis que la Commission de réforme du droit a fait cette observation, un certain droit jurisprudentiel a été établi. Je pense notamment à l'affaire Nancy B. et au protocole en place dans divers hôpitaux pour traiter de ces questions.

Oui, il est possible de changer le droit pénal pour le rendre plus limpide. Cependant, il faut se demander s'il ne vaudrait pas mieux lui préférer d'autres moyens, moins brutaux, par exemple en réglementant les professions du domaine de la santé et en émettant des lignes directrices à l'intention des médecins.

Quoi qu'il en soit, l'important est de savoir si, depuis 1983, on a trouvé d'autres moyens de clarifier ces questions, de sorte qu'aucune intervention n'est nécessaire.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ne pourrait-on agir sur les deux fronts à la fois?

The reason why the Nancy B. case went to court was specifically because guidelines did not exist. They thought that they might perhaps be sued. We can discuss this in greater depth at some other time. It involves both the Criminal Code and the responsibilities that the professional corporations would have to assume from a medical point of view. However, on another matter...

[Text]

**M. Rock:** Si vous avez conclu d'après le témoignage des médecins qu'il sera nécessaire d'avoir tous les deux, cela est possible.

**Senator Corbin:** Madam Chairman, Mr. Minister, if you think we have problems and you have problems, the Canadian Bar Association also has problems. They were to appear before us today and they have declined. They cannot get their minds together on this issue.

In any case, I have a particular area of concern, accepting all you have said and the propositions you have made to this committee, many of which echo other voices we have heard over these months.

You have used a term which I find rather timely. You said that the criminal law is "a blunt instrument". It so happens that I decided to bring to this meeting today a very short poem. I know the Chairman gets worked up when I go in these odd directions. However, I read poetry to relax. You said the criminal law is a blunt instrument. Let me quote you these four lines. It begins with "surgeons" and I think we can replace the word with "lawyers", "ministers of justice", "parliamentarians", or "legislators".

Surgeons must be very careful  
When they take the knife.  
Underneath their fine incisions  
Stirs the culprit life.

What is the Criminal Code? What is its purpose?

**Mr. Rock:** In the absence of the Criminal Code, no conduct is criminal. As part of the underlying social contract that the state cannot arrest, prosecute, convict or punish a citizen unless by consensus, society has agreed that what the citizen has done is proscribed.

The Criminal Code is thus a collection of those matters, those categories of conduct, those acts which, societally, we agree are to be prohibited, prosecuted and punished.

If something is not in the code, it is not criminal. If something is in the code, it is criminal. It is as conclusive as that.

**Senator Corbin:** To respect the copyright law, I should say that the author of that poem is Emily Dickinson. It was written in 1859. She has to be the one American poet who makes most sense.

Putting her work aside, I take what you have just said, Mr. Rock. What is the one thing above all others that the criminal law wishes to protect? What is the fundamental value in life that the Criminal Code addresses?

**Mr. Rock:** I think, arguably, the most fundamental value is life itself. Certainly the most serious offences in the code are the taking of life. If you measure it by the severity of the penalty, that is the most serious of the offences.

[Traduction]

**Mr. Rock:** If you have decided on the basis of the doctors' testimony that it is necessary to have both, it is possible.

**Le sénateur Corbin:** Madame la présidente, monsieur le ministre, si vous croyez que nous avons des problèmes qui nous donnent des maux de tête, j'ai des nouvelles pour vous: l'Association du Barreau canadien a aussi des problèmes. Elle devait comparaître aujourd'hui, puis elle s'est désistée. Ses membres sont incapables de s'entendre sur cette question.

Quoi qu'il en soit, une question me préoccupe tout particulièrement, en admettant tout ce que vous avez dit et les propositions que vous avez faites au présent comité, dont bon nombre font écho à d'autres opinions que nous avons entendues au cours des derniers mois.

Vous avez utilisé une expression qui me semble plutôt opportune. Vous avez dit que le droit pénal est (et je cite) «un moyen brutal». Or, j'ai justement décidé aujourd'hui d'apporter à la présente réunion un très court poème. Je sais que ces idées étranges énervent la présidente. Cependant, la poésie me détend. Vous avez dit que le droit pénal est un moyen brutal. Permettez-moi de vous citer un quatrain. La poète parle du chirurgien, mais on pourrait tout aussi aisément parler d'avocats, de ministres de la Justice, de parlementaires ou de législateurs.

C'est avec circonspection  
que le chirurgien manie le scalpel,  
car sous la fine incision  
se cache la vie du coupable.

Qu'est-ce que le Code criminel? Quelle est sa raison d'être?

**M. Rock:** En l'absence d'un Code criminel, rien n'est interdit. Dans le cadre du contrat social, l'État ne peut arrêter, poursuivre, condamner ou punir un citoyen à moins que la société ne s'entende pour dire que ce qu'il a fait est interdit.

Le Code criminel est donc une énumération de ces actes qui, socialement, sont interdits et pour lesquels on peut être poursuivi et puni.

Si le Code ne mentionne pas un certain type de conduite, alors celui-ci n'est pas criminel. Par contre, s'il le mentionne, il est criminel. C'est aussi simple que cela.

**Le sénateur Corbin:** Pour éviter une poursuite en vertu de la Loi sur le droit d'auteur, je précise que l'auteur du poème est Emily Dickinson, qui l'a écrit en 1859. À mon avis, elle est la poète américaine qui a le plus de sens.

Revenons à ce que vous venez de dire, M. Rock. Qu'est-ce que le droit pénal vise à protéger plus que tout? Quelle est la valeur fondamentale dont traite le Code criminel?

**M. Rock:** Je pourrais dire que la valeur la plus fondamentale est la vie. Certes, les infractions les plus graves prévues dans le Code visent le fait d'enlever la vie à quelqu'un. Si l'on se fie à la sévérité de la peine, le meurtre est l'infraction la plus grave.



[Texte]

**Senator Corbin:** I will wind up. I have a grave concern and I have expressed it in the Senate and touched on it in this committee.

I was somewhat insecure, not disturbed or annoyed, about Chief Justice Lamer's dissenting view. It disturbs me in this sense. In our society, values have changed. Values have disappeared. New, perceived values have been put in place. Individual freedom is looked at as the supreme issue these days.

I am gravely and seriously worried that we may be sending a wrong message to young people, to the disabled, to the feeble, to the elderly, who may think they have nothing else to contribute to life. I would certainly not want to be partisan to an act which would add to the insecurities of these people.

**Mr. Rock:** If I may say so, senator, one of the great values of this committee's existence and its work is that it will enable us to get beyond generalities and get into the finer questions. The Criminal Code, for example, values above all else life and punishes more than anything else the taking of life.

There are very few absolutes in life. There are very few absolutes in the human condition. The question arises, if you are going to be absolute about it: Will you be true to the principles that led you to enact the code in the first place?

It was not too long ago, just a matter of weeks, that I watched my mother die. She was dying from a disease that would kill her for certain, but she was being given morphine because her pain was awful. If you took the time and trouble to conduct a medical analysis, you might conclude that the morphine killed her, not the cancer. We could then get into a big debate about whether life is so important that she should have been permitted to die naturally from the cancer, notwithstanding the pain.

The value of this committee's work is that it enables us to get past all that stuff and get down to the real issues. Notwithstanding the great value of life, are there circumstances in which the law should permit some of these things to occur or excuse it or treat it differently than if it were a death by another means? It is not because we do not respect life but because we respect the complexity of life. We see that there are different cases that can arise.

The care you are taking in your analysis, the detail in which you are looking at the evidence, the attention which you are paying to the complex questions will permit us to address those issues. That is why I admire the work of the committee so much.

**Senator Carstairs:** Minister, I agree in theory that policy, practice and guidelines for the medical profession is the ideal way of handling palliative issues.

In actual fact, however, the Law Reform Commission pointed out ten years ago what is still fact in Canada; that is, in the province of British Columbia, you can have a provincial attorney general coming up with guidelines about euthanasia and assisted

[Translation]

**Le sénateur Corbin:** Finissons-en. Une question dont j'ai parlé au Sénat ainsi qu'au sein du présent comité me préoccupe au plus haut point.

La dissidence du juge en chef Lamer, plutôt que de me perturber ou de m'ennuyer, m'embête. Voici comment: les valeurs ont changé au sein de notre société. Certaines ont disparu, remplacées par d'autres valeurs nouvelles. Les libertés individuelles représentent aujourd'hui la grande question.

Je crains beaucoup que nous envoyons le mauvais message aux jeunes, aux personnes handicapées, faibles, âgées qui pourraient croire qu'elles n'ont plus rien à contribuer à la vie. Je ne voudrais certes pas être mêlé à un acte qui aggraverait l'insécurité de ces gens.

**M. Rock:** Si vous me le permettez, sénateur, je dirais que l'une des plus grandes valeurs véhiculées par la présence et les travaux du comité, c'est qu'il nous permettra d'aller au-delà des généralités et de nous attarder aux détails. Le Code criminel, par exemple, privilégie la vie et punit plus que toute autre infraction le fait d'y mettre fin.

Il existe très peu de certitudes absolues dans la vie. En fait, la condition humaine comporte très peu d'absolus. On peut donc se demander, si l'on veut verser dans l'absolutisme, si l'on respectera les principes qui ont mené à l'adoption du Code au départ.

Il n'y a pas longtemps, soit il y a quelques semaines seulement, j'étais au chevet de ma mère agonisante. Elle souffrait d'une maladie qui la tuerait certainement, mais on lui administrait de la morphine parce qu'elle éprouvait d'atroces douleurs. Si vous preniez le temps d'effectuer une analyse de son cas, vous en arriveriez peut-être à la conclusion que c'est la morphine qui l'a tuée, non pas le cancer. Nous pourrions alors nous lancer dans un grand débat pour décider si la vie est si importante qu'on aurait dû la laisser mourir naturellement du cancer, sans la soulager de sa douleur.

Les travaux du comité ont ceci de bon qu'ils nous permettent d'aller droit au coeur du problème. En dépit de la grande valeur que nous accordons à la vie, existe-t-il des circonstances dans lesquelles la loi devrait autoriser ou excuser certains actes ou les traiter différemment du meurtre? Ce n'est pas que nous manquons de respect pour la vie, mais plutôt que nous respectons la complexité de celle-ci. On est conscient que la situation peut varier, d'un cas à l'autre.

Le soin que vous mettez à faire votre analyse, le détail avec lequel vous examinez les témoignages, l'attention que vous accordez aux questions complexes nous permettront de trouver une solution. C'est pourquoi j'ai tant d'admiration pour les travaux que mène le comité.

**Le sénateur Carstairs:** Monsieur le ministre, je suis d'accord en théorie avec vous que l'adoption d'une politique, de pratique et de lignes directrices concernant l'exercice de la médecine est le meilleur moyen de traiter des soins palliatifs.

En fait, toutefois, la Commission de réforme du droit a souligné, il y a dix ans, ce qui est toujours une réalité au Canada, c'est-à-dire qu'en Colombie-Britannique, un procureur général provincial peut émettre des lignes directrices au sujet de

[Text]

suicide. The coroner in the province of Manitoba, within weeks of that announcement, decides he will lay charges in the case of an obvious palliative death in a palliative treatment centre because of what he thinks has been the improper use of morphine in the treatment of a cancer patient. He is persuaded after the fact to withdraw that charge. However, we are seeing an inconsistency, even where there are some guidelines, even where there are some established medical principles.

Do you see the purpose of the Criminal Code as affording equal treatment to Canadians, no matter where they live? Although it is a blunt instrument, is it the only instrument to sometimes afford that equality of treatment?

**Mr. Rock:** Yes, very much so, senator. Your point is well taken. Preferring protocols or guidelines or other professional forms of governance over the Criminal Code would have to be conditional on the uniformity of their application and the avoidance of the kind of situation which you have described.

As blunt as it is, I fully accept that the great value of the Criminal Code is that it is general in its application. Everybody, no matter where they are in the country, can rely upon it. I take the point.

**Senator Cools:** This is the first time I have heard the minister in testimony. I must tell you, Minister, you are amazingly skilled. You begin by making a statement that you have no position and then you reveal with extremely sound intellectual ability your own position and your own biases. I understand that and perhaps I even understand why you are doing that.

I have four questions. I will ask for the indulgence of my colleagues because I am not a member of this committee.

Mr. Minister, you say some unique things and some of your thinking is what I would describe as deeply flawed. You are suggesting that the Criminal Code be used as an instrument of compassion. It was my understanding that there are instruments of compassion in the system called "clemency" and "mercy", and that clemency and mercy are dispensed in other places in the system; for example, by parole authorities or Royal Prerogative of mercy.

My understanding of the system has always been that the Criminal Code speaks and then later, if the proper authorities decide that there are mitigating forces or that there are considerations that deserve mercy, mercy is dispensed elsewhere.

Could you respond to that? My point is that clemency is not the business of the Criminal Code.

**Mr. Rock:** It is true that there are separate provisions for clemency. There is also the section 690 application for mercy.

I was not so much identifying, as one of the options available to you, that you use the Criminal Code for purposes of compassion, but rather that some of the options include the recognition that the taking of life might have a different consequence or character depending upon the circumstances in which it occurs. That, of

[Traduction]

l'euthanasie et de l'aide au suicide, pendant que, quelques semaines plus tard, le coroner du Manitoba décide qu'il portera des accusations dans une affaire engageant une mort survenue dans un centre de soins palliatifs parce qu'il estime qu'on a mal administré la morphine à une personne atteinte de cancer. Après-coup, on parvient à le persuader de retirer l'accusation. Toutefois, il y a un manque d'uniformité, même lorsqu'il existe des lignes directrices, même lorsqu'on a établi certains principes médicaux.

Le Code criminel ne permet-il pas d'accorder un traitement égal à tous les Canadiens, peu importe où ils habitent? Bien qu'il soit brutal, n'est-il pas le seul moyen d'assurer cette égalité de traitement parfois?

**M. Rock:** Effectivement, sénateur. J'en prends bonne note. Si l'on décidait d'agir en adoptant des protocoles, des lignes directrices ou d'autres formes de régie de la profession plutôt que de changer le Code criminel, il faudrait en assurer l'uniformité d'application et éviter le genre de situation que vous venez de décrire.

Je reconnais tout à fait la grande utilité du Code criminel, aussi brutal soit-il, soit son uniformité d'application. Tous, peu importe où ils se trouvent au pays, peuvent s'y reporter. Vous avez raison.

**Le sénateur Cools:** C'est la première fois que j'entends le ministre témoigner. Je dois vous dire, monsieur, que vous maîtrisez fort bien cet art. Vous commencez par affirmer que vous n'avez pas d'opinion, puis vous nous faites part avec de très bons arguments de votre position et de vos préférences. Je comprends cela et je comprends même peut-être pourquoi vous le faites.

J'aurais quatre questions à vous poser. Je demanderai à mes collègues de faire preuve d'indulgence à mon égard, car je ne suis pas membre du comité.

Monsieur le ministre, vous faites des affirmations assez uniques, et je dirais qu'une partie de votre raisonnement est faussée au départ. Vous proposez que l'on se serve du Code criminel pour faire preuve de compassion. Je croyais qu'il existait déjà de tels moyens appelés «clémence» et «grâce», ailleurs dans le système; par exemple, on peut demander à la Couronne de faire preuve de clémence ou encore demander aux autorités d'effectuer une libération conditionnelle.

J'ai toujours cru que l'on avait, d'une part, le Code criminel et, d'autre part, des autorités qui décident qu'il existe des circonstances atténuantes ou que la situation mérite clémence, clémence que n'accorde pas le Code criminel.

Avez-vous un commentaire à ce sujet? Je dis en fait que la clémence n'est pas l'affaire du Code criminel.

**M. Rock:** Je reconnais qu'il existe des dispositions distinctes de recours en grâce. Par ailleurs l'article 690 traite de la demande de clémence.

Je ne préconisais pas tant, comme option, d'avoir recours au Code criminel pour faire preuve de compassion que la reconnaissance, dans certaines options, que le fait d'enlever la vie peut avoir une conséquence différente ou être de nature différente selon la situation. Le Code criminel reconnaît déjà cela, bien sûr, en



[Texte]

course, is already recognized by the Criminal Code which distinguishes between murder and manslaughter, and which indeed distinguishes between different categories of murder and between manslaughter and criminal negligence causing death. In each case, the precious life is lost, but the character of the act is different. The differences are respected and the consequences reflect those differences.

I am not suggesting that we turn the Criminal Code into an instrument of compassion. Rather, I am suggesting that after you have considered all the evidence, including the important social evidence that you have heard, when you look at the list of legal options you might include on your list, only as a possibility, that if a death occurs in one circumstance as opposed to another, the consequence might be different because of the circumstances in which it occurred.

**Senator Cools:** My next question relates to page 13, item 7 of your statement; that is, your proposal for creating a special offence of compassionate homicide. You lay out the options.

How would such an option be applied to children? For example, some cases with which I am very familiar are of children with leukaemia. How would these options be implemented with regard to 10-year-olds? There are many in this country who have been diagnosed with leukaemia or other terrible sicknesses. If you really want to see parents in anguish, watch parents who have to go through such torturous circumstances with babies.

How would this apply? In other words, had Sue Rodriguez been a child, I do not believe there would have been as much so-called "public support".

**Mr. Rock:** I do not pretend to have a perfect response to that difficult question.

This option includes, as one of its elements, that the person is a capable and terminally ill patient. If the person were a child, that might not be a person who is capable in the sense of legal personality. That is a technical answer.

The broader answer is that none of these issues are cut and dried. If the person is a 10-year-old, maybe we should not be talking about making a decision for them in the sense of euthanasia. If the person is facing certain death, and there is pain involved, there could be palliative care. In such a case, you may end up talking about something entirely different.

I am not pretending that any of these options are cut and dried, Senator Cools. The fact that children are involved makes it all the more difficult. Indeed, the fact that we are talking about one person making a decision for another may bring us across a threshold which we as a country are not prepared to cross.

**Senator Cools:** I am of that view. I am not prepared to cross it. I fail to see the difference between an 8-year-old child and an 18-year-old young adult in these matters. I understand that you

[Translation]

établissant une distinction entre le meurtre et l'homicide involontaire coupable et en établissant différentes catégories de meurtre, d'homicide, de négligence criminelle provoquant la mort. Dans chaque cas, une vie précieuse s'est éteinte, mais la nature de l'acte est différente. Les différences sont respectées, et les conséquences en font état.

Je ne propose pas de faire du Code criminel un instrument de compassion. Je propose plutôt, après avoir examiné tous les témoignages, y compris l'importante preuve sociale qui vous a été soumise, lorsque vous vous arrêterez à la liste des options légales, que vous ajoutiez peut-être à votre liste, en tant que possibilité uniquement, que dans certaines circonstances où il y a décès, la conséquence pourrait être différente.

**Le sénateur Cools:** Ma prochaine question porte sur le point 7 de votre exposé, à la page 13, où vous proposez de créer une infraction distincte d'homicide par compassion. Vous décrivez les options.

Comment une telle option s'appliquerait-elle à des enfants? Par exemple, je connais fort bien la situation d'enfants atteints de leucémie. Comment appliquerait-on ces options à un garçon de dix ans? Nombre d'entre eux au pays sont atteints de leucémie et d'autres maladies terribles. Si vous désirez vraiment voir des parents vivre une situation angoissante, je vous conseille de vous attarder à ceux qui ont de jeunes enfants aussi malades.

Comment appliqueriez-vous cet article? En d'autres mots, si Sue Rodriguez avait été un enfant, je ne crois pas que sa cause aurait bénéficié d'autant d'appuis publics.

**M. Rock:** Je ne prétends pas avoir la réponse idéale à une question aussi difficile.

Cette option comprend, entre autres, que la personne est capable et en phase terminale. S'il s'agissait d'un enfant, elle ne serait peut-être pas considérée comme étant capable au sens légal. Mais voilà une réponse technique.

Pour répondre de façon plus générale, je vous dirai qu'il n'existe pas d'opinions toutes faites à l'égard de ces questions. Si la personne est un enfant de dix ans, peut-être ne devrions-nous pas envisager l'euthanasie. Si la personne fait face à une mort certaine et qu'elle éprouve de la douleur, elle devrait recevoir des soins palliatifs. Dans un tel cas, il pourrait être question de quelque chose de tout à fait différent.

Je ne prétends pas, sénateur Cools, que ces options soient idéales. Le fait que des enfants puissent être en jeu rend la décision encore plus difficile. En réalité, le fait que nous parlions d'une personne qui prend une décision pour une autre nous fera peut-être franchir un seuil que nous ne sommes pas prêts à franchir.

**Le sénateur Cools:** Je suis de cet avis. Je ne suis pas disposée à franchir un tel seuil. Je suis incapable de faire une différence entre un enfant de huit ans et le jeune de 18 ans lorsque de telles

*[Text]*

are looking at the matter legally. I just do not see the difference. I would be horrified if children were put to death.

On page 7, you cite Mr. Justice Lamer. You say:

In his opinion for the minority...the Chief Justice would have approved a constitutional exemption...

Where would justices of the Supreme Court get authority to approve constitutional exemptions?

**Mr. Rock:** Remember that the Rodriguez case came before the court in the guise of a constitutional issue. I guess that is the language which was appropriate to that case. That is a technicality. Really, the Chief Justice was talking about circumstances in which one person can assist in the death of another. He was saying that in his approach to the issue, he would see that as permissible provided certain conditions were met: oversight; supervision; meeting certain criteria; satisfying an independent objective third party that certain conditions were met; and, making sure the person was capable and acting freely.

The Chief Justice was saying that once all of those safeguards were there he could see that it is something which should be permissible. The constitutional issue is a bit of a red herring for present purposes. That happened to be the guise under which the Rodriguez issue arose, but I am not sure that it is helpful to elaborate on that in this context.

**Senator Cools:** Thank you, Madam Chairman.

**Senator Grafstein:** I would like to continue with the analysis made by Senator Carstairs. My concerns are the same as those evinced by Senator Carstairs. You put before the committee two optional paths to travel: the Criminal Code, with its bluntness; or, the health acts, which fall under provincial jurisdiction.

Having looked at that, as blunt and as difficult as the Criminal Code is, it strikes me that we have no choice. If the Senate wishes to make a recommendation to mediate this issue in any way, shape or form, we have to address the Criminal Code. It is not that we cannot recommend the other, but that we are then caught with the terrible problem which they have in the United States of patients shopping for jurisdictions which have the type of solution that they want to their problems.

Obviously, in Canada, we have moved away from that quilt-work approach. The Criminal Code, even though it is applied locally, gives us that process.

We are really trapped by the bluntness of the criminal weapon if this committee chooses to make a recommendation to mediate in some fashion.

I do not know whether you agree with that.

**Mr. Rock:** I have not had the benefit of all the testimony the committee has heard. As I indicated in response to Senator Carstairs' question, if leaving it to the professionals and the provinces creates the prospect of a checkerboard system with inconsistent approaches and competing jurisdictions, then by all

*[Traduction]*

questions sont en jeu. Je comprends que vous ayez une perspective légale. Mais je ne vois tout simplement pas la différence. La mise à mort d'enfants me ferait horreur.

À la page 7, vous citez le juge Lamer:

S'exprimant au nom de la minorité... le juge en chef aurait approuvé une exemption constitutionnelle...

En vertu de quelle autorité les juges de la Cour suprême approuveraient-ils des exemptions constitutionnelles?

**M. Rock:** Il ne faut pas oublier que la cour a été saisie de l'affaire Rodriguez en tant que question constitutionnelle. Je suppose que ce sont les termes à utiliser dans cette affaire. C'est un point technique. En réalité, le juge en chef parlait de circonstances dans lesquelles une personne peut en aider une autre à s'enlever la vie. Il affirmait que sa façon d'aborder la question lui dicterait d'autoriser un tel acte à condition qu'il respecte certains critères: qu'il y ait de la surveillance, que la situation réponde à certains critères, qu'un tiers objectif et indépendant confirme que les critères sont respectés et que la personne soit capable et prenne sa décision librement.

Ce que dit le juge en chef, c'est qu'une fois que tous ces critères sont respectés, il peut concevoir que l'acte soit acceptable. La question constitutionnelle brouille un peu les pistes, dans le débat actuel. C'est sous cet aspect que s'est présentée l'affaire Rodriguez, mais je ne suis pas convaincu qu'il serait utile de s'y attarder dans le présent contexte.

**Le sénateur Cools:** Je vous remercie, madame la présidente.

**Le sénateur Grafstein:** J'aimerais en revenir à l'analyse faite par le sénateur Carstairs. J'ai les mêmes préoccupations qu'elle. Vous avez soumis au comité deux façons de procéder: changer le Code criminel, un moyen brutal; ou modifier les lois de la santé qui relèvent des provinces.

Après examen, il me semble que nous n'avons pas le choix, aussi brutal et difficile que soit le Code criminel. Si le Sénat désire faire une recommandation visant à régler cette question, peu importe la façon de s'y prendre, il faudra s'attaquer au Code criminel. Ce n'est pas que nous soyons incapables de recommander l'autre choix, mais plutôt que nous aboutissions alors à la situation dans laquelle se trouvent les États-Unis, où les patients se rendent dans des juridictions qui offrent le genre de solutions qu'ils recherchent à leurs problèmes.

De toute évidence, au Canada, nous avons renoncé à cette approche. Le Code criminel, même s'il est appliqué localement, nous en donne les moyens.

La brutalité du droit pénal représente en réalité un piège si le présent comité choisit de recommander une solution.

J'ignore si vous êtes d'accord avec cela.

**M. Rock:** Je n'ai malheureusement pas entendu tous les témoignages faits devant le comité. Comme je l'ai précisé dans ma réponse à la question de le sénateur Carstairs, si laisser le soin d'en décider aux professionnels de la santé et aux provinces ouvre la porte à une application inégale, alors je n'hésiterai pas à utiliser



[Texte]

means let us use the federal power to render it uniform and make one law for all.

**Senator Grafstein:** That is my overarching concern. I will now go to the mechanics.

Again, criminal lawyers and jurisprudence alike are bedeviled by the bluntness and the near criminalization of an act which is not criminal in its nature. There are a lot of acts in the Criminal Code which are criminalized because there is no other vehicle available to deal with the conduct.

You made the point that with certain types of treatment it is better done locally than nationally, because it does not get to the sanctity of life. If that is the case, and there seems to be consensus on that, the only way to get out of that trap would be to legislate by exemption. I am not suggesting what those exemptions should be, but it strikes me that once we go through the whole process the committee is then concentrated on a very simple decision: mediate or not, modify or not, or modify by exemption. By "exemption", I mean modify by exempting it from the consequences of certain provisions of the Criminal Code.

Would that be a fair way of looking at it, based on your experience as counsel?

**Mr. Rock:** Some of the approaches which have been identified as options involve just that. For example, option number (3) says:

Develop an acceptable definition of assisting suicide so as to narrow the scope of the offence and demonstrate that some conduct, now caught, would not be criminal.

You could leave section 241 but add a new subsection saying that this section does not apply to a situation in which the person whose death was caused was certified by a treating physician and an independent psychiatrist, and then read the rest of the Lamer formula, if I can call it that, from Rodriguez.

Is that what you mean by exemption?

**Senator Grafstein:** I will give you my version. It does not matter, you can go to an exemption rule, but, yes, I was referring to something similar to that. I prefer, for clarity of thought, the requirements under the Dutch Medical Association regime. I understand that there are dire consequences to that in the sense that it sends out conflicting messages to society about the disabled, the impact, and all the things that you have suggested.

The five-point formula which you have set out in your memo is very informative in the sense that it seems to set out the geography where one can prepare a model of exemption, if the committee chooses to mediate.

I do not know whether the committee will come to that conclusion. If it chooses to mediate, those tests seem to me to be very appropriate. There has to be some voluntary consent, if

[Translation]

les pouvoirs fédéraux pour uniformiser et assujettir tous les Canadiens à une seule loi.

**Le sénateur Grafstein:** C'est ma principale préoccupation. Passons vite maintenant à la façon de s'y prendre.

Encore une fois, les criminalistes et la jurisprudence en matière pénale souffrent de la brutalité et de la quasi-criminalisation d'un acte qui, de par sa nature, n'est pas criminel. Le Code criminel criminalise beaucoup d'actes parce qu'il n'existe pas d'autres moyens de traiter de ce genre d'acte.

Vous avez fait observer qu'il vaut mieux régler localement, plutôt qu'à une échelle nationale, certains genres d'actes parce qu'ils n'attaquent pas le caractère sacré de la vie. Si c'est le cas, et on semble s'entendre là-dessus, le seul moyen d'éviter le piège serait de légiférer par voie d'exemption. Je ne suis pas en train de suggérer ce que devraient être ces exemptions, mais il me semble qu'à la fin du processus, le comité a une décision fort simple à prendre: faut-il concilier, modifier ou modifier par voie d'exemption? Par là, j'entends modifier la loi de façon à exempter l'acte des conséquences prévues dans certaines dispositions du Code criminel.

D'après votre expérience en tant qu'avocat, est-ce un bilan assez juste de la situation?

**M. Rock:** Certaines des approches proposées comme options engagent justement cela. Ainsi, à l'option numéro 3, on peut lire:

Élaborer une définition acceptable de l'aide au suicide de manière à restreindre le champ d'application de l'infraction et à démontrer que certains types de conduites, actuellement interdits, ne seraient pas criminels.

On pourrait donc conserver l'article 241, mais y ajouter un nouveau paragraphe précisant qu'il ne s'applique pas lorsque la personne dont la mort a été provoquée a été certifiée capable par un médecin traitant et par un psychiatre indépendant, puis reprendre le reste de la formule Lamer, si on peut l'appeler ainsi, dans l'affaire Rodriguez.

Est-ce ce que vous voulez dire par exemption?

**Le sénateur Grafstein:** Si vous le voulez bien, je vous en ferai ma propre description. Peu importe, on peut créer une règle d'exemption si l'on veut, mais, effectivement, c'est à peu près ce que j'avais en tête. Je préfère, par souci de clarté, les exigences prescrites en vertu du régime de l'Association médicale de Hollande. Je comprends que cette façon de procéder comporte d'énormes conséquences, en ce sens qu'elle envoie à la société des messages contradictoires au sujet des personnes handicapées, de ses conséquences et de toutes les choses que vous avez mentionnées.

La formule en cinq points que vous établissez dans votre mémoire est très instructive, en ce sens qu'elle semble établir les paramètres d'un modèle d'exemption, si le comité choisit de concilier.

J'ignore si le comité en viendra à cette conclusion. S'il choisit de concilier les deux camps, ces critères me semblent fort pertinents. Il faut qu'il y ait une certaine forme de consentement

## [Text]

applicable. That is consistent with the Criminal Code, because the Code goes to intent.

Second, there has to be full and adequate information and the person has to be able to ingest that information in a voluntary, full and understandable fashion.

Third, there has to be an element of intolerable and hopeless suffering. That has to be a pre-condition.

Fourth, the most complex and difficult of all, there must be no acceptable alternatives. How long, for what particular purpose, and what is the extent? Your mother's example is a good one. The morphine obviously prolonged her ability to survive the pain, but for how long a period and for how long was she *compos mentis* during that process, and for how long should she have been?

Finally, there is the consultation process. Here there is consultation with another physician. I am sure no one would be satisfied with that. There would have to be a much deeper and broader process for that.

It strikes me that within that context, if the committee chooses, that is a workable model. I am not suggesting that I agree with this. I personally have been bedeviled by this. I have had some chats with the Chairman, I have read some of the testimony and I have tried to follow some of it. At the end of the day, I am no closer to a conclusion than I was at the beginning. I thought I was pro-choice when I started this process, but now I am more nonplussed by the issue.

Madam Chairman, I thought I would give you the benefit of my views and perhaps ask the minister to respond, because I see that he seems to be somewhat caught by the same dilemma that I and others share.

**Mr. Rock:** One of the very few things I have learned in the course of the last year is that it is often not helpful for me to express my own personal opinion on matters. In fact, it is often very unhelpful.

However, that problem does not arise here because I can honestly say that I am not in a position to express a view on the issues at which you are looking. I need to know a great deal more first. I have to know all that you know. I have to know what you have heard, and I would love to read your report. I would love to read your analysis of these issues because, as one of your colleagues was saying, Senator Grafstein, there is a broader context in which to look at all these questions.

It is fine to have a lawyer come to analyze the criminal law and talk about the way charges are brought and how can you exempt people, but that is only a lawyer. Law is not life. It is only one aspect of life. You will look at the whole picture.

Perhaps the House of Commons committee should do more work on other aspects of this. After that, we will have a debate, I hope. Only after that will I approach the point where I am able to make up my own mind on some of these issues.

## [Traduction]

volontaire, si cela s'applique. Cela correspond au Code criminel, parce que le Code tient compte de l'intention.

En deuxième lieu, il faut que le patient dispose de tous les renseignements pertinents et qu'il soit capable d'assimiler cette information de manière volontaire, complète et compréhensible.

En troisième lieu, il faut qu'il y ait une souffrance intolérable, sans espoir de guérison. Ce serait une condition préalable.

Quatrièmement, point le plus complexe et le plus difficile, il faut qu'il n'y ait pas d'autres choix acceptables. Pendant combien de temps, à quelle fin particulière et dans quelle mesure? L'exemple de votre mère est excellent. De toute évidence, la morphine a prolongé sa capacité de survivre à la douleur, mais pendant combien de temps? Était-elle lucide durant ce traitement et pendant combien de temps aurait-elle dû l'être?

Enfin, il y a aussi le processus de consultation. Ici, on parle de consultation d'un autre médecin. Je suis convaincu que cette exigence ne satisferait personne. Il faudrait que l'on prévoit un processus beaucoup plus fouillé à cet égard.

Dans ce contexte, le modèle semble réalisable, si le comité opte pour cette voie. Je ne dis pas que je suis d'accord avec cette solution. La question m'embrouille. J'ai eu des entretiens avec la présidente, j'ai lu certains des témoignages et j'ai essayé de suivre le raisonnement. À la fin de la journée, je ne suis pas plus convaincu que je ne l'étais au début. Je croyais être pro-choix lorsque le comité a commencé ses travaux, mais maintenant, je suis plus perplexe.

Madame la présidente, j'ai cru bon de vous communiquer mes vues et de demander peut-être au ministre de réagir, car il semble être dans le même dilemme que moi et les autres.

**M. Rock:** L'une des seules choses que j'aie apprises durant la dernière année, c'est qu'il n'est souvent pas utile de faire connaître mon opinion personnelle, au contraire.

Cependant, il n'y a pas de tels problèmes ici, parce que je peux en toute honnêteté dire que je ne suis pas en mesure d'exprimer une opinion au sujet des questions que vous examinez. Il faudrait d'abord en savoir beaucoup plus. Il faudrait que je sache tout ce que vous savez, ce que vous avez entendu, et je serais vraiment ravi de lire votre rapport. J'aimerais prendre connaissance de votre analyse de ces questions parce que, comme le dit l'un de vos collègues, le sénateur Grafstein, toutes ces questions se situent dans un contexte beaucoup plus général.

C'est fort bien d'avoir un avocat qui analyse le droit pénal et décrit la façon dont des accusations sont portées et comment on peut exempter les personnes, mais ce n'est que l'avis d'un avocat. La vie est beaucoup plus que cela. Ce n'est qu'une dimension de celle-ci. Il faut avoir une vue d'ensemble.

Le comité de la Chambre des communes devrait peut-être s'attarder davantage à d'autres aspects de la question, après quoi nous en débattons, j'espère. Je ne réussirai à me faire une idée de certaines de ces questions qu'une fois tout cela terminé.



[Texte]

We are all engaged in a process. My only modest hope today is that I might be able to contribute to the process by bringing the narrow perspective of a lawyer. I really mean it when I say that I am not advocating one point of view or another. I have been impressed, by certain personal experiences, about the lack of absoluteness in any of this. However, I understand the other point of view as well.

When you come to grips with this issue as a committee, in my respectful submission, you will have to look at medical issues, moral considerations, social context, and the law, frankly. It is on the long list of things which you will have to consider.

When you get to that chapter of your deliberation, I would like you to look at the way other countries do it, at the way we have done it in certain ways, and at some alternatives, depending on your conclusions on other issues.

That is my modest objective for today.

**The Chairman:** Minister, I have just one question which follows on that. I think I speak for the committee when I say that with all the study we have done in the last year, and all that we have learned, we are all very conscious of the fact that there is still a lot we do not know. It will be a challenge to make as full and complete a report as we would all like to make given the limited knowledge we have.

One of the things which I think has bothered us all is the conflicting opinions we get about the force of the desire for change in Canada, for one thing, and about exactly what is happening in the country.

You are probably aware of the research that was done in the Netherlands which led to the Rummelink report and of the fact that it was conducted by questioning only physicians. It was possible to obtain the information they did by granting immunity to the physicians who took part in the surveys.

If we were to suggest that further detailed research should be done along the lines of that, or in more depth, an important aspect of that would be to get immunity for the people taking part.

Do you think you would be able to get the concurrence and cooperation of the provincial attorneys general for granting immunity, if you think that would be necessary, or would you, in your capacity as Minister of Justice and Attorney General, be able to grant such immunity on a national scale for a national survey?

**Mr. Rock:** I can answer the second question more readily than the first. I would not have that authority. The decision on whether to prosecute would be a provincial one. It is not something I could arrogate to myself.

In terms of the willingness of the provincial attorneys general to go along, I really could not say. Another of the few things I have learned this year is not to predict how the provinces might react to any given suggestion.

[Translation]

Nous sommes tous engagés dans un processus. Mon seul espoir modeste, aujourd'hui, c'est que j'aurai réussi à y contribuer le point de vue restreint d'un avocat. Je suis sérieux lorsque j'affirme ne pas avoir de parti pris. Certaines expériences personnelles m'ont appris que l'absolu n'existe pas dans de telles situations. Cependant, je puis comprendre l'autre point de vue.

Quand le comité devra se prononcer, avec tout le respect que je vous dois, je suis convaincu que vous devrez tenir compte de questions médicales, de considérations morales, de contexte social et, en toute franchise, de la loi. Vous devrez tenir compte de toutes ces choses.

Lorsque vous en arriverez à ce stade de vos délibérations, j'aimerais que vous teniez compte de la façon dont s'y prennent d'autres pays, de la façon dont nous nous y sommes pris et de certaines solutions de rechange, selon les conclusions auxquelles vous arrivez à d'autres égards.

C'était mon but modeste aujourd'hui.

**La présidente:** Monsieur le ministre, j'aurais une simple question à vous adresser. Je crois parler au nom du comité lorsque je dis qu'en dépit de toutes les études que nous avons faites au cours de la dernière année et de tout ce que nous avons appris, nous sommes tous très conscients que nous avons encore beaucoup à apprendre. La rédaction d'un rapport aussi complet et global que celui que nous envisageons, étant donné nos connaissances limitées, sera un véritable défi.

L'une des choses qui nous préoccupent tous, ce sont les opinions contradictoires qu'on a exprimées au sujet de la volonté de changement au Canada, d'une part, et de ce qui se passe au juste au pays, d'autre part.

Vous êtes probablement au courant de la recherche qui a été effectuée aux Pays-Bas et qui a mené à la publication du rapport Rummelink, ainsi que du fait que seuls des médecins ont été consultés. Ils ont pu réunir cette information en garantissant l'immunité à ceux qui prenaient part aux sondages.

Si nous proposons d'effectuer des analyses plus poussées de la situation ou de creuser la question, il faudrait que les gens qui y participent jouissent d'immunité.

Croyez-vous pouvoir obtenir l'accord et la coopération des procureurs généraux des provinces en ce sens, si vous le jugez nécessaire, ou seriez-vous en mesure, en votre qualité de ministre de la Justice et de procureur général, d'accorder une telle immunité à l'échelle nationale pour la tenue d'une enquête nationale?

**M. Rock:** Votre seconde question est plus facile que la première. Je n'aurais pas ce pouvoir. Ce serait à la province de décider s'il y a lieu de poursuivre. Ce n'est pas un pouvoir que je puis m'arroger.

Pour ce qui est de la volonté des procureurs généraux des provinces de coopérer, je ne pourrais vraiment pas vous dire. Une autre des choses que j'ai apprises cette année, c'est de ne pas essayer de prédire la réaction des provinces à une proposition.

[Text]

I will make two other observations in response to your question. The first is that in the Netherlands the situation was a little different when the immunity was granted. In that circumstance, as I understand it, the Netherlands courts had already developed the defence to the charges. There was a foundation laid in the jurisprudence before that immunity was granted. We do not have that state of advancement yet. It would be a little breathtaking to suggest, particularly in areas where life is involved, that there might be a blanket immunity in advance in order to encourage the gathering of research without a court here already having sketched out the parameters of the defence and recognized it.

That leads me to the second observation, which is that there are public policy concerns about any such immunity. I suppose it is for the committee to decide whether you need it. Do we need that kind of evidence, or do we know enough about what is going on in the country that we can draw some conclusions and make some recommendations?

That is a rhetorical question. You know, better than I, having heard the evidence.

**Senator Beaudoin:** I have a question which is legal and judicial at the same time. We have learned that in Holland the courts of justice have put forward the concept of medical necessity because Parliament was probably at first not in a position to legislate clearly on the question of euthanasia and assisted suicide.

In Canada, we had the Sue Rodriguez case and many other cases, such as Nancy B. Nancy B. is very easy, in my opinion. Sue Rodriguez is a little more complicated. I still think that it is up to the Parliament of Canada to decide that issue. That issue can only be decided in the Criminal Code because it is outside provincial authority. It is criminal law.

In my opinion, it is up to the Parliament of Canada to decide one way or another and not leave that to the courts because our courts exist to interpret the law, and sometimes to rule on the constitutionality of the law. However, the first duty in the field of criminal law should be with Parliament. I think that is exactly what you said at first.

**Mr. Rock:** Yes. We have in process now a way to bring these issues forward for parliamentarians to deal with.

**Senator Beaudoin:** I hope we may be useful in that process.

**Mr. Rock:** I have no doubt of it. I am looking forward to your report.

The Prime Minister has already said that when this gets to the House of Commons there will be a free vote as a matter of conscience, but following a full, informed debate. That is the great service this committee is providing.

**Senator Beaudoin:** Yes, I think so.

[Traduction]

J'ai deux autres observations à faire en réponse à votre question. La première, c'est qu'aux Pays-Bas, la situation était un peu différente lorsqu'on a accordé l'immunité. D'après ce que j'ai compris, les tribunaux des Pays-Bas avaient déjà élaboré un moyen de défense contre ces accusations. Avant d'accorder l'immunité, on a jeté les bases de la défense dans la jurisprudence. Nous n'en sommes pas encore là. Il serait un peu époustoufflant de proposer, particulièrement dans des domaines qui mettent en cause la vie, que l'on accorde une immunité générale au préalable afin d'encourager la collecte de données de recherches sans qu'un tribunal d'ici n'ait déjà établi les paramètres de la défense et ne les ait reconnus.

Cela m'amène à ma seconde observation: une telle immunité soulève des questions au sujet de la politique d'État. Je suppose qu'il appartient au comité de décider si une telle immunité est nécessaire. Avons-nous besoin de ce genre de preuve ou en savons-nous suffisamment au sujet de ce qui se passe au pays pour pouvoir tirer des conclusions et faire des recommandations?

C'est là la question rhétorique. Vous le savez mieux que moi après avoir entendu les témoignages.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai une question de nature à la fois légale et judiciaire. Nous avons appris qu'en Hollande, les cours de justice ont proposé le principe de nécessité médicale parce que le Parlement n'était probablement pas, au début, en mesure de légiférer clairement sur la question d'euthanasie et d'aide au suicide.

Au Canada, nous avons suivi l'affaire Sue Rodriguez et bien d'autres causes, comme celle de Nancy B. À mon avis, l'affaire Nancy B. était assez facile à trancher. L'affaire Sue Rodriguez était un peu plus compliquée. Je persiste à croire qu'il appartient au Parlement du Canada d'en décider. La question ne peut être tranchée que dans le Code criminel parce qu'elle déborde du cadre des compétences provinciales. Elle relève du droit pénal.

Selon moi, c'est au Parlement du Canada qu'il appartient de décider. Il ne faudrait pas compter sur les tribunaux pour le faire car ceux-ci ont pour raison d'être d'interpréter la loi et parfois de se prononcer au sujet de sa constitutionnalité. Toutefois, le Parlement est celui qui a la responsabilité première en matière de droit pénal. Je crois que c'est exactement ce que vous avez dit au début.

**M. Rock:** Oui. Nous avons mis en branle un processus qui permettra de saisir les parlementaires de ces questions.

**Le sénateur Beaudoin:** J'espère que nous pourrions y contribuer.

**M. Rock:** Je n'en doute pas. Je suis impatient de connaître votre rapport.

Le premier ministre a déjà affirmé que les députés seraient libres de voter selon leur conscience dans ce débat, mais uniquement après un débat complet et éclairé. C'est ce service fort utile que nous fournit le comité.

**Le sénateur Beaudoin:** Oui, je pense que c'est effectivement le cas.



---

[Texte]

**The Chairman:** Mr. Minister, we thank you very much for your patience.

The committee adjourned.

[Translation]

**La présidente:** Monsieur le ministre, nous vous remercions beaucoup de votre patience.

La séance est levée.

---









*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

*From the Niagara Community Impact Committee:*

Jake Janzen;  
Janice Buhr;  
Robert Buhr.

*Du «The Niagara Community Impact Committee»:*

Jake Janzen;  
Janice Buhr;  
Robert Buhr.





First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994-95

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994-1995

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# L'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

Friday, January 13, 1995

Le vendredi 13 janvier 1995

Issue No. 32

Fascicule n° 32

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON  
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(or Berntson)

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR  
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin  
Carstairs  
Corbin  
DeWare

\* Fairbairn  
Keon  
\* Lynch-Staunton  
(ou Berntson)

\* *Membres d'office*

(Quorum 3)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Friday, January 13, 1995  
(47)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day *in camera* at 9:45 a.m. in Room 256-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman. (5)

*Other Senator present:* The Honourable Senator Desmarais

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

The committee continued discussion of its draft report

At 12:48 p.m. the Committee adjourned to 1:40 p.m.

## AFTERNOON SITTING

(48)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:40 p.m. in Room 256-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, and Neiman. (5)

*Other Senator present:* The Honourable Senator Desmarais

*In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

*Also in attendance:* The Official Reporters of the Senate

## WITNESSES:

*From the Maison Marc Simon:*

Sister Agathe Côté;

Dr. Michel Morissette.

*From the Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée:*

Claude Vézina;

Monique Coupal.

*As An Individual:*

Janine Corbeil.

*From the Council on Aging:*

Marian Chapman;

Dr. Campbell Lamont;

Charles Scott.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le vendredi 13 janvier 1995  
(47)

[Traduction]

Le comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à huis clos à 9 h 45, dans la pièce 256-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (5)

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

*Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

Le comité poursuit la discussion de son ébauche de rapport.

À 12 h 48, le comité suspend ses travaux jusqu'à 13 h 40.

## SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(48)

Le comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 13 h 40, dans la pièce 256-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (5)

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Desmarais.

*Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

## TÉMOINS:

*De la Maison Marc Simon:*

Soeur Agathe Côté;

Le docteur Michel Morissette

*De la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée:*

Claude Vézina;

Monique Coupal.

*À titre personnel:*

Janine Corbeil.

*Du Conseil sur le vieillissement:*

Marian Chapman;

Le docteur Campbell Lamont;

Charles Scott.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences dans le cadre de son étude sur l'euthanasie et l'aide au suicide.

[Text]

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 6:30 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

[Traduction]

Les témoins font une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 30, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*Le greffier du comité*

Gary Levy

*Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

OTTAWA, Friday, January 13, 1995

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:30 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

**Senator Joan Neiman (Chairman)** in the Chair.

**The Chairman:** On behalf of honourable senators, I wish to thank our witnesses for appearing before us today.

Our first witness today is Dr. Morissette. Please proceed, Dr. Morissette.

**Michel R. Morissette, MD, Laval University Hospital Centre and Maison Marc Simon:** Thank you very much, honourable senators.

Je suis médecin clinicien et j'oeuvre également en santé publique à Québec. Je suis impliqué avec les personnes sidéennes depuis déjà 1987 et en soins palliatifs depuis la fin des années 70.

Je voudrais contextualiser toute la question du suicide assisté et de l'euthanasie en regard du sida. Comme vous savez, le sida n'est pas encore une maladie qui possède ses titres de noblesse et, comme autrefois le cancer, et encore plus que le cancer, le sida est une maladie stigmatisante qui engendre l'ostracisme et ouvre la porte au non-respect des droits de l'individu, quand ce n'est pas des droits des collectivités. Mais le sida est avant tout une maladie qui dérange.

En effet, il s'agit toujours d'une maladie mortelle pour laquelle nous n'avons pas de traitement définitif, d'une maladie transmissible mais surtout transmissible sexuellement. Nous touchons là le domaine de la morale privée d'une maladie également qui touche les personnes socialement marginalisées qui dérangent la norme, et d'une maladie touchant des personnes jeunes, ce à quoi nous ne sommes guère habitués.

Mais surtout, il existe dans la conscience populaire tout le concept des victimes innocentes, faisant ici référence aux personnes qui auraient été infectées à leur insu, tels les récipiendaires de produits ou dérivés sanguins, les enfants nés de mères infectées, comme s'il existait quelque part des victimes nécessairement responsables de leur contamination.

Nous avons également affaire à des personnes jeunes, généralement bien renseignées et soucieuses de leur autonomie et de leur autodétermination. Ces personnes exigent d'être partie prenante des décisions qui les touchent et ceci crée une nouvelle dynamique dans la relation médecin-malade à laquelle une certaine génération de médecins n'est guère habituée.

Il faut également évoquer la difficulté du mourir chez ces personnes, tant sur le plan physique (problématique d'infections multiples, de perte de l'image corporelle et souvent d'atteintes des fonctions mentales) que sur le plan psychosocial et spirituel (l'isolement, l'abandon des proches, la culpabilité, la peur de

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le vendredi 13 janvier 1995

[Traduction]

Le comité sénatorial permanent sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 13 h 30, conformément à son ordre de renvoi, pour étudier les questions juridiques, sociales et morales reliées à l'euthanasie et au suicide assisté et en faire rapport.

**Le sénateur Joan Neiman (présidente)** occupe le fauteuil.

**La présidente:** Au nom des honorables sénateurs, je tiens à remercier nos témoins d'avoir accepté d'être ici aujourd'hui.

Le premier témoin que nous entendrons est le docteur Morissette. Vous avez la parole, docteur Morissette.

**Michel R. Morissette, M.D., Centre hospitalier de l'Université Laval et Maison Marc Simon:** Merci beaucoup, honorables sénateurs.

I am a clinical physician and I also work in the public health sector in Quebec City. I have been involved with AIDS patients since 1987 and in palliative care since the late 1970s.

I would like to provide some context for this whole issue of assisted suicide and euthanasia as it relates to AIDS. As you know, AIDS is not yet a socially accepted disease. Like cancer in the past, and perhaps even more so, AIDS is a disease that stigmatizes its sufferers, causes them to be ostracized and opens the door to discrimination and violation of individual rights, if not collective rights as well. However, above all, AIDS is a disease we find disturbing.

Indeed, it is invariably fatal and we do not yet have an effective treatment for this communicable disease. Because AIDS is transmitted primarily through sexual contact, this brings us into the realm of personal morality. AIDS is also a disease that affects people who are on the margins of society, who fall outside the norm, as well as young people, something with which we are not very familiar.

Above all, however, there is in popular thinking the whole idea of innocent victims, and I am referring here to persons who were infected unwittingly, such as the recipients of blood products or derivatives and children born to infected mothers, as though some victims were responsible for their own contamination.

Many AIDS victims are young people, generally well informed and concerned about their independence and self-determination. These patients want to be involved in the process of making decisions that affect them and this gives rise to a new dynamic in the doctor-patient relationship, although a certain generation of physicians is not at all familiar with this.

We must also note the difficult deaths faced by these individuals, both physically — problems caused by multiple infections, loss of body image and often impaired mental functions — and psychologically, socially and spiritually — isolation, abandonment by their family, guilt, fear of suffering and

## [Text]

souffrir et de mourir, de la mort et de l'après, du sens ou de l'absence de sens qui ne font pas de sens, entre autres).

Pour avoir autrefois oeuvré dans le milieu traditionnel des soins palliatifs, cancer et sida se ressemblent beaucoup sur de nombreux points. Cependant, la charge symbolique du sida, entre autres en raison des questions touchant la sexualité et la marginalité sociale, est ce qui vient donner une couleur particulière à cette maladie.

J'aimerais ici apporter quelques précisions sur le suicide chez les personnes infectées par le VIH. Il faut comprendre que les personnes vivant avec le sida, ou certaines personnes vivant avec le sida, ont exercé le choix du suicide, en toute lucidité ou non, parce qu'elles se sont confrontées à une mort sociale, une mort psychologique et une mort existentielle.

Certaines études rapportent que le suicide se produirait plus fréquemment dans les mois suivant l'annonce d'un diagnostic de séropositivité. Le taux de suicide chez les personnes séropositives serait de 17 à 36 fois plus élevé que dans une population démographiquement semblable. Nous n'avons pas de données exactes sur sa fréquence chez les malades parvenus à la phase terminale de la maladie. Les principaux facteurs impliqués sont l'isolement social, la perception d'un faible support et le support psychologique inadéquat.

Ces éléments nous ramènent à un questionnement de société sur la symbolique collective de cette maladie et sur nos attitudes sociétales conscientes ou inconscientes face aux personnes vivant avec le VIH.

L'idéation suicidaire existe chez les malades atteints du sida lorsque la maladie évolue vers une phase avancée et terminale. La crainte de souffrir, la crainte de perdre ses facultés mentales ont souvent été exprimées par mes patients. Cette dernière surtout, la crainte de perte des facultés mentales est profondément ressentie comme une atteinte à la dignité de leur personne.

Il n'est pas inusité que les personnes atteintes du sida nous fassent part de leur questionnement à ce sujet et sondent le terrain auprès de nous, et surtout depuis l'affaire Sue Rodriguez en Colombie-britannique. Il est parfois difficile pour les soignants de recevoir de telles questions sans faux-fuyants.

Plusieurs de mes patients ont choisi d'initier la conversation sur cet épineux sujet et j'ai retrouvé chez eux certaines constances en termes de mobiles et d'intention de demande d'euthanasie, telles la peur de souffrir, la peur de la perte de ses facultés mentales, la démence et aussi le refus de la dépendance.

Si le temps le permet, à la période de questions, je pourrais vous expliciter avec certains cas cliniques vécus.

Tel que le relatait Daniel Blondeau ainsi que le juge Beaudoin, on reconnaît que finalement au droit du mourir dans la dignité, la décriminalisation du suicide assisté et de l'euthanasie sur demande expriment une volonté de réappropriation du contrôle du mourir et du moment de sa propre mort, témoin d'un désir de réappropriation, d'un pouvoir autrefois conféré à Dieu seul.

Ce débat renvoie à des questions fondamentales qui ont sûrement été largement explicitées ici à ce comité. La liberté et l'autodétermination de la volonté sont-ils des principes absolus

## [Traduction]

dying, of death and the hereafter, meaning and meaninglessness that no longer have any meaning, and many other factors.

Having worked in the past in the traditional palliative care situation, I can state that cancer and AIDS are very similar in a number of respects. However, the symbolic burden of AIDS, in particular because of issues relating to sexuality and social marginalization, casts this disease in a particular light.

I would like at this point to make a few clarifications regarding suicide among HIV-infected patients. It must be understood that persons living with AIDS, or some people living with AIDS, have exercised the choice of suicide, whether lucidly or not, because they, in any event, faced a social death, a psychological death and an existential death.

Some studies maintain that suicide is more common in the months following an HIV-positive diagnosis. The rate of suicide among HIV-positive individuals was between 17 and 36 times higher than in a demographically similar population. We do not have accurate data on the suicide rate among individuals in the terminal stage of the disease. The main factors involved are social isolation, a perception of poor social support and inadequate psychological counselling.

These factors compel us to question society's view of the collective symbolism of this disease and our conscious and unconscious social attitudes toward people living with HIV.

The idea of committing suicide occurs to AIDS sufferers when the disease progresses toward an advanced and terminal phase. My patients have often expressed the fear of suffering and the fear of losing their mental faculties. Especially the latter, the fear of losing their mental faculties, is profoundly felt as an affront to their personal dignity.

It is not unusual for AIDS sufferers to inform us of their thinking on this subject and to sound us out, especially since the Sue Rodriguez case in British Columbia. It is sometimes difficult for caregivers to answer such questions without equivocation.

A number of my patients have chosen to raise this thorny issue and I have noted certain constants in these cases in terms of motives and the intention to request euthanasia, such as the fear of suffering, the fear of losing their mental faculties, dementia and also a refusal to become dependent.

If time permits, during the question period, I could expound on some of the clinical cases I have experienced.

As Daniel Blondeau and Justice Beaudoin pointed out, it is recognized that, finally, the right to die with dignity, decriminalization of assisted suicide and euthanasia on request express an individual's desire to reappropriate control over his own death and the timing of that death, and this attests to a desire to reappropriate a power that was once attributed to God alone.

This debate takes us back to fundamental questions which no doubt have been amply expounded upon here in this committee's proceedings. Are free will and self-determination absolutes in



## [Texte]

en eux-mêmes? Ces principes rencontrent-ils leurs limites lorsque nous nous interrogeons sur les conséquences individuelles et sociales que comporterait le fait d'accorder à des individus le droit légal de disposer de leur vie en ayant recours à l'euthanasie sur demande (et vous sous-entendez également le suicide assisté) et à des professionnels (en l'occurrence les médecins) le droit de procéder (et par extension aussi un devoir) à un tel acte?

Pour certains, contrairement à toute l'histoire de la déontologie médicale, l'euthanasie sur demande légalisée risque-t-elle de porter un dur coup, dans la psychologie populaire, au contrat de confiance entre le malade et le médecin qui a constitué jusqu'à ce jour la base de toute relation thérapeutique?

On ne peut éviter le débat. Il faut se poser la question. Il ne s'agit pas d'une question qui peut se trancher de façon simpliste comme certains le croient. Car même si on faisait le jeu de l'autruche, parce que l'euthanasie heurte de front nos principes moraux, et qu'elle demeurerait criminalisée sans aucune possibilité d'ouverture, de tels actes qui déjà existent, continueraient de se commettre dans la clandestinité.

Il y a polarisation dans le débat sur la question de l'autodétermination de la volonté, sur le caractère moral et éthique de l'acte, ainsi que sur les concepts de qualité de vie et de dignité de la personne humaine. Cette polarisation comporte un risque important de dérapage médiatique avec toutes ses conséquences sur l'opinion publique. Nous entrons ici dans le monde des perceptions individuelles et collectives où les considérations d'ordre émotif et affectif sont généralement présentées sous le couvert d'une argumentation rationnelle en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté.

Si, et seulement si, il était moralement et éthiquement acceptable de pratiquer l'euthanasie sur demande, ce ne devrait être, à la limite, que des cas d'exception et à certaines conditions qu'il conviendrait d'encadrer et de délimiter préalablement à toute législation d'ouverture. Et même encore, dans un tel contexte légal et réglementaire, il serait impossible d'encadrer et d'englober toutes les situations individuelles.

Existe-t-il un droit à la mort, au sens juridique du terme? Cette question a été largement débattue et je n'entrerai pas dans ce sujet ici. Je voudrais tout simplement souligner que le droit de mourir naturellement est différent du droit à la mort.

On peut cependant établir une analogie entre le droit au suicide qui a été décriminalisé et le droit à l'euthanasie, en regard du droit à l'autodétermination. Le droit à l'autodétermination trouve-t-il ses limites dans les répercussions négatives qu'il risque d'engendrer pour l'ensemble de la société? Légaliser lancerait-il un double message dans la société sur la conception qu'on se ferait de la dignité humaine, à savoir que certaines vies valent moins que d'autres? Qu'en penseraient les plus vulnérables de notre société? Y aurait-il une forme de valorisation sociale de ceux qui opéreraient pour l'euthanasie pour eux-mêmes, le courage des nouveaux héros, comme on l'a vu tout récemment? Et les autres qui accepteraient de vivre leur vie jusqu'au bout, courage ou lâcheté? Et après, quoi? Y aurait-il danger d'une plus grande ouverture dans les critères d'accepta-

## [Translation]

themselves? Do these principles have limits when we consider the individual and social consequences involved in granting to individuals the legal right to dispose of their life by way of euthanasia on request — and this also implies assisted suicide — and to professionals — in this case physicians — the right — and by extension also a duty — to carry out such an act?

For some people, contrary to the whole history of medical ethics, legalized euthanasia on request may well seriously undermine, in popular thinking, the relationship of confidence between patient and physician that has until now formed the basis of any therapeutic relationship.

It is impossible to avoid this debate. The question must be asked. This is not a question to which a simplistic answer can be given, as some would have us believe, since even if we stick our heads in the sand, because euthanasia violates our moral principles, and even if it remained a criminal offence without any possibility of change, people would still practice it in secret, as is currently being done.

The debate on the issue of free will and self-determination, the moral and ethical nature of the act and such concepts as quality of life and the dignity of the human person has been polarized. This polarization involves a major risk of the media getting out of control with all the consequences that that would have for public opinion. Here we are entering the world of individual and collective perceptions where emotional considerations are generally presented under the cover of rational argument in favour of euthanasia and assisted suicide.

If, and only if, it were morally and ethically acceptable to practise euthanasia on request, this should be done only in exceptional cases and under certain conditions that should be defined and delimited in advance of any enabling legislation. Even so, in such a legal and regulatory context it would be impossible to define and cover all individual situations.

Is there a right to death in the legal sense of the term? There has already been considerable debate on this question and I will not go into this subject here. I would simply like to point out that the right to die naturally is different from the right to death.

However, it is possible to draw an analogy between the right to suicide, which has been decriminalized, and the right to euthanasia as it relates to the right to self-determination. Is the right to self-determination limited by the negative impact it could have on society as a whole? Would legalization send a subliminal message to society about our conception of human dignity, namely that some lives have greater value than others? What would the most vulnerable members of our society think of this? Would there be a form of higher social esteem for those who chose euthanasia for themselves; would they be seen as courageous new heroes, as we have seen quite recently? And would others, who chose to live their lives to the bitter end be viewed as heroes or cowards? And what happens afterwards? Is there a danger that there would be an even greater relaxation of

## [Text]

tion d'une euthanasie sur demande (ceux qui ne seraient pas en phase terminale, demande par procuration pour les incompetents, pour certains types de maladies)? Pourrait-on engendrer une confusion entre ce qui est légal et ce qui est éthiquement et moralement acceptable? Quelle serait la perception du rôle du médecin porteur de vie et de mort? Y aurait-il risque de perte du contrat de confiance entre le médecin et le malade? Je n'ai aucune certitude des réponses à ces questions.

Qu'est-ce que la dignité humaine? Pour certains, il s'agit de vivre sa vie jusqu'au bout sans intervention externe visant à mettre fin directement et immédiatement à la vie tel que le préconise la plupart des traditions religieuses, judéo-chrétienne et islamique, entre autres.

Pour d'autres, la déchéance et la dégradation physique, psychologique et morale les privent de toute dignité humaine et nous nous devons de comprendre cette perception.

Y a-t-il possibilité de conserver sa dignité humaine même dans la souffrance? Il n'y a là que des réponses individuelles à des situations individuellement vécues, d'où le caractère très subjectif de la perception de ce qui constitue la dignité et la qualité de vie.

La dignité procède du malade, comme l'affirmait récemment le docteur Marcel Boisvert de l'Unité des soins palliatifs de l'hôpital Royal Victoria de Montréal, mais j'ajouterais qu'elle procède également du regard que les autres portent sur le malade. Le caractère subjectif de la perception d'un individu sur sa dignité et sa qualité de vie propres est donc nécessairement influencé par ces perceptions et le regard que les autres portent sur sa propre dignité et qualité de vie. L'exemple des sidéens n'en est que trop frappant.

En permettant et en facilitant trop largement l'euthanasie sur demande, n'empêcherions-nous pas certains individus de vivre une dernière étape de croissance, de vie, et est-ce que ce serait là respecter notre propre dignité et celle d'autrui?

Certains se posent cette question, mais le cheminement dans la quête d'un sens à l'existence et le vécu d'une étape de croissance à tout prix ne peuvent pas s'imposer à l'individu. L'acharnement moral et palliatif peuvent exister comme l'a déjà également exprimé le docteur Marcel Boisvert.

Quant au médecin, il est déchiré entre la perception de son rôle, son serment d'Hippocrate et le principe profondément ancré dans la conscience religieuse populaire du «Tu ne tueras point». Quant à son rôle de soignant, jusqu'où doit-il soulager? L'euthanasie soulage irrémédiablement.

Mais se pose encore ici la question suivante: la morphine soulage et nous savons qu'elle peut accélérer le processus de mort alors que dans l'euthanasie sur demande, il y a le caractère immédiat du soulagement par la médication en donnant la mort. Comment donc départager l'intention quant à la finalité de l'acte? Soulager? Faire mourir? Soulager en faisant mourir? Faire mourir en soulageant?

## [Traduction]

the criteria governing acceptance of euthanasia on request — those who are not terminally ill, request by proxy for the incompetent, for certain illnesses? Could confusion arise between what is legal and what is ethically and morally acceptable? How would people regard the physician who brings life and death? Is there a danger that we would lose the relationship of confidence between physician and patient? I am not at all certain about the answers to these questions.

What is human dignity? For some people it is a matter of living one's life to the end without outside intervention designed to put a direct and immediate end to life, as advocated by most religious traditions, including Christianity, Judaism and Islam.

For others, physical, psychological and moral decline and degradation deprive them of all human dignity and we must understand this viewpoint.

Is it possible for individuals to maintain their human dignity even in suffering? These are simply individual responses to situations that are experienced individually, hence the very subjective nature of views on what constitutes dignity and quality of life.

Dignity proceeds from the patient, as was noted recently by Dr. Marcel Boisvert of the Palliative Care Unit at the Royal Victoria Hospital in Montreal, although I would add that it also proceeds from the way others view the patient. The subjective nature of an individual's view of his own dignity and quality of life is thus necessarily influenced by the way others perceive his dignity and quality of life. The example provided by AIDS sufferers is particularly striking in this regard.

If we make euthanasia on request too easy and accessible, would we not prevent some individuals from living through a final stage of growth, of life, and how would we then be respecting our own dignity and that of others?

Some people have asked this question but we cannot force individuals to go through the process of seeking meaning in the existence and experience of a growth stage at any price. There can also be such a thing as excessive moral and palliative zeal, as was also noted by Dr. Marcel Boisvert.

As far as the physician is concerned, he is torn between his perception of his role, his Hippocratic oath, and the principle of "Thou shalt not kill" which is deeply rooted in the popular religious conscience. As for the physician's role as a caregiver, how far should he go in providing relief? Euthanasia provides irremediable relief.

But the following question then arises: morphine provides relief and we know that it can hasten the process of death, whereas in euthanasia on request there is an immediacy in the relief provided by the medication as it brings death. How do we distinguish the intention as regards the ultimate goal of the act? Bringing relief? Causing death? Bringing relief by causing death? Causing death by bringing relief?



## [Texte]

Comment le médecin risque-t-il d'être perçu dans son rôle d'avocat du malade? Pour la profession médicale, ceci risquerait de lancer un double message. Le médecin serait à la fois porteur de vie et de mort et la société lui accorderait à ce niveau un pouvoir ultime qui ne lui a jamais été accordé jusqu'à ce jour, exception faite de certains pays où les médecins participent aux exécutions de condamnés à la peine capitale.

Je désire ici apporter une mise en garde. Nos sociétés deviennent de plus en plus utilitaristes. De plus, nous n'avons pas de projet de société et le contrat social s'effrite. Nos sociétés vivent une confusion des valeurs, comme le rapportait Luc Ferry dans une entrevue au journal *Le Devoir* de Montréal en 1991, nos sociétés démocratiques:

[...] sont incapables de gérer tout ce qui est de l'ordre de la catastrophe individuelle: la mort, la maladie, la vieillesse.

Nos sociétés préfèrent évacuer ces moments de la vie qui ne relèvent plus d'une logique de productivité à tout prix. Les nouvelles valeurs dominantes basées essentiellement sur l'individualisme, la compétitivité, la performance, la domination de l'autre, sont à la base de l'effritement de notre contrat social et à la source de nouvelles injustices. Dans un contexte de pénurie relative de ressources, on ne peut plus se payer ce que la technologie offre, ce qui est souvent très vrai, et alors pourquoi l'euthanasie sur demande ne pourrait-elle pas être politiquement acceptable pour certains?

Ceci nous ramène à la question fondamentale. Est-il possible de trouver une place, si c'est moralement et éthiquement acceptable pour des cas d'extrême exception, à l'euthanasie sur demande à l'intérieur d'un cadre légal ou sans légaliser? Est-il possible de trouver à ce niveau un consensus qui soit éthiquement et moralement acceptable pour l'ensemble de la société? Il nous est permis d'en douter.

Notre système libéral et la reconnaissance généralisée du principe de l'autodétermination de la volonté accordent-ils tous les droits à l'individu? Poussons-nous le principe de l'autodétermination au-delà de ses limites, là même où il risquerait de compromettre paradoxalement certains acquis sociaux, voire à la limite la protection des plus vulnérables?

Assistons-nous parallèlement à l'érosion du contrat social et à la montée de l'utilitarisme, à une métamorphose du concept de dignité humaine? Qu'est-ce qui au fond constitue le fondement de la dignité humaine? Est-ce la liberté? Est-ce la capacité d'exercer des choix, n'importe quel choix? Est-ce le fait d'être doté de raison? Est-ce l'esprit humain? Est-ce la capacité de donner un sens à son existence, même si on croit qu'elle n'en a pas un? Est-ce le fait d'être un être de relation aux autres, à l'autre.

Peut-être est-ce un peu tout cela. Le fondement de la dignité humaine est très subjectif et il est parfois plus facile de le comprendre par la négative comme lorsque l'on dit «j'ai perdu ma dignité», «j'ai retrouvé ma dignité», ou encore «j'ai conservé ma dignité». Notre dignité humaine est en quelque sorte un don, un peu, en fait, ce qui fait qu'on estime être à la hauteur de ce qui constitue l'essence de notre nature d'être humain et de ce qui

## [Translation]

How is the physician likely to be viewed in his role as the patient's advocate? For the medical profession there would be the risk of sending a contradictory message. The physician would be a bringer of both life and death and in this situation society would give him an ultimate power that has never before been given to physicians, except in countries where physicians take part in the execution of those sentenced to death.

I would like to issue a caution here. Our societies are becoming increasingly utilitarian. What is more, we do not have a vision of society and the social contract is breaking down. The values of our societies are confused and, as Luc Ferry said in an interview with *Le Devoir* in Montreal in 1991, our democratic societies:

...are incapable of managing anything that involves individual catastrophe: death, sickness, old age.

Our societies prefer to exclude from life those incidents that do not fit within a logic of productivity at any price. The new dominant values based essentially on individualism, competitiveness, performance and domination of others are the root cause of the breakdown of our social contract and of new injustices. In a context where resources are relatively scarce, we can longer pay for everything that technology can offer, which is very often the case, so why should euthanasia on request not be politically acceptable to some people?

This brings us to the fundamental question: Is it possible to find a place, as long as it is morally and ethically acceptable for extreme cases that are by nature exceptional, for euthanasia on request within a legal framework or without legalizing the practice? Is it possible to find a consensus in this regard that is ethically and morally acceptable for society as a whole? This is open to doubt.

Do our liberal system and the general recognition of the principle of free will and self-determination give individuals unlimited rights? Would we be pushing the principle of self-determination beyond its limits, where it might well paradoxically compromise certain achievements of society, and possibly even the protection of the most vulnerable members of society?

Are we witnessing, parallel to the erosion of the social contract and the increase in utilitarian thinking, a change in the concept of human dignity? What is in essence the basis of human dignity? Is it freedom? Is it the ability to make choices, of any kind? Is it the fact that we are endowed with the ability to reason? Is it the human mind? Is it the ability to give meaning to one's existence, even if we believe that it does not have one? Is it the fact that we are beings that have relations with others, with the other?

Perhaps it is a combination of all of these. The basis of human dignity is very subjective and it is sometimes easier to understand in the negative sense, as when we say "I lost my dignity," "I have recovered my dignity" or "I kept my dignity." To some extent our human dignity is a kind of gift, indeed, that which makes us believe that we measure up to the essence of our human nature, to what constitutes the nobility of our being. All this comes back to

## [Text]

constitue notre noblesse d'être. Tout ceci revient en fait à se demander quelles sont les conditions morales où comme individu et comme société nous respectons notre dignité humaine.

La sagesse et la prudence nous recommandent d'attendre les résultats du laboratoire hollandais afin de nous orienter vers une prise de position qui soit non seulement rationnelle, mais avant tout raisonnable, en regard de l'euthanasie sur demande.

En conclusion, nous sommes devant une boîte de Pandore. Je vous ai présenté ici les principaux arguments, selon mon point de vue comme médecin et médecin traitant, militant ou non en faveur de l'euthanasie et avec lesquels je suis partiellement en accord et en désaccord. C'est là le cœur du dilemme éthique sur l'euthanasie.

Comment donnerons-nous préséance à certains arguments plutôt qu'à d'autres? Nous devons à tout prix éviter de polariser le débat et de nous braquer les uns contre les autres, mais plutôt tenter de comprendre les arguments valables autant pour le «pour» que pour le «contre».

À l'époque où j'avais écrit ces lignes en mai, ma réflexion n'était peut-être pas aussi arrêtée que maintenant. Cependant, comme je vous le dirai peut-être tout à l'heure, si j'en ai l'occasion, j'ai vécu certaines expériences avec des demandes d'euthanasie récemment et je réalise l'énormité et l'importance des médecins de bien savoir communiquer avec leurs malades.

Cependant, je suis conscient de l'existence de cas «limites» et nous devons faire face à nos responsabilités, comme société, comme individus et comme professionnels de la santé, car nous ne pourrions pas éluder ou ignorer ces cas «limites». Nous avons le devoir moral de soulager la souffrance, sous toutes ses formes, tout en respectant, dans la mesure du raisonnable, le droit à l'autodétermination de l'individu.

Le Conseil de l'Europe a bien compris la portée du problème lorsqu'il déclarait, il y a déjà plusieurs années que:

d'un certain point de vue, la question de l'euthanasie tire son effet, sur le plan affectif, moins de la crainte que certains individus décident de ne pas exercer leur droit à la vie, que la crainte que la société puisse, arbitrairement et de manière plus ou moins obligatoire, refuser de reconnaître le droit à la vie pour certains individus ou même certaines catégories d'individus.

Je suis également inquiet de voir le suicide assisté et l'euthanasie devenir des expédients permettant à la société, aux proches et aux intervenants, de surseoir à la prodigation de soins d'excellence, notamment de soins palliatifs, et à la société de surseoir à ses devoirs.

Une dernière réflexion, enfin, sur la souffrance. Il faut, et je le crois sincèrement, avoir fréquenté l'école de la souffrance pour comprendre celle des autres, que ce soient nos deuils, petits ou grands, nos pertes, nos arrachements, nos rejets et nos peines d'amour. Parfois, lorsque nous avons su tirer des richesses de nos propres souffrances, lorsque nous en avons été capables, nous en venons à penser que ceux qui n'ont pas souffert n'ont peut-être pas véritablement vécu. La souffrance vécue, qui a un sens,

## [Traduction]

asking ourselves what are the moral conditions under which we, as individuals, as a society, respect our human dignity.

Both wisdom and prudence suggest that we should await the results of the Dutch experiment so that we have some guidance in adopting a position on the question of euthanasia on request that will be not only rational but, above all, reasonable.

In conclusion, we hold Pandora's box in our hands. I have repeated the main arguments, from my viewpoint as a physician and attending physician, for and against euthanasia, with which I partially agree and partially disagree. This is the core of the dilemma concerning euthanasia.

How do we give precedence to certain arguments over others? We must at all costs avoid polarizing the debate and pitting one side against the other; instead, we must try to understand the valid arguments on both sides.

Back in May, when I was writing this brief, my examination of these issues was not as complete as it is now. However, as I will explain to you shortly if I have the opportunity, I have had certain experiences recently with requests for euthanasia and I realize the enormity of the issue and the importance of physicians knowing how to communicate effectively with their patients.

However, I am aware of the existence of "exceptional" cases and we must face up to our responsibilities as a society, as individuals and as health care professionals, because we cannot ignore or avoid these exceptional situations. We have a moral duty to relieve suffering in all its forms while respecting as far as is reasonably possible an individual's right to self-determination.

The Council of Europe clearly understood the scope of this problem when it said a few years ago that:

from a certain point of view, the fact that euthanasia is such an emotional issue is due less to the fear that certain individuals will decide not to exercise their right to life than to the fear that society may arbitrarily and in a manner that is more or less compulsory refuse to recognize the right to life for certain individuals or even certain categories of individuals.

I am also disturbed to see assisted suicide and euthanasia becoming expedients that allow society, the dying person's family and other parties involved to stop providing quality care, in particular palliative care, and society to neglect its duty.

I should like to make one final comment concerning suffering. It is necessary, and I firmly believe this, to have suffered one- self in order to understand the suffering of others, whether it involves grief, deep or transitory, the loss of a loved one, a wrenching experience, or rejection and heartache in love. Sometimes, when we have learned lessons from our own sufferings, when we have been able to do this, we come to think that those who have not suffered have perhaps not truly lived. The experience of



*[Texte]*

spiritualise l'individu. Je ne glorifie pas ici la souffrance car elle se doit d'être soulagée mais elle est le lot de notre condition humaine.

Je vous remercie.

**Sœur Agathe Côté, Maison Marc Simon:** Madame la présidente, madame et messieurs les sénateurs, j'apprécie le privilège qui m'est donné de vous transmettre mon expérience.

Je ne suis pas éthicienne, je ne suis pas médecin. Je peux simplement vous faire part de notre vécu à la Maison Marc Simon depuis six ans, bénévole à plein temps dans l'accompagnement des personnes vivant avec le sida.

Ce vécu reflète assez bien la réalité de toutes les maisons d'hébergement communautaire-sida du Québec qui regroupent 12 maisons. Loin d'être un plaidoyer pour le droit de mourir, ce vécu est un message pour le droit de vivre pleinement, jusqu'à la dernière minute. Je vous remercie de votre intérêt.

Tout d'abord, j'aborderai la question du vécu global des personnes vivant avec le VIH-sida à la Maison Marc Simon. Par la suite, je parlerai de notre position sur la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, et en dernier lieu, je vous présenterai les objectifs de la table des Maisons d'hébergement communautaire du sida et sa position concernant le sujet, celle-ci étant similaire à celle de la Maison Marc Simon.

La Maison Marc Simon à Québec est une ressource d'hébergement pour personnes qui vivent avec le VIH-sida. Sous la responsabilité de l'organisme communautaire MIELS-Québec, cette ressource d'une capacité de 10 résidents ou résidentes comporte quatre types d'admission. Donc, des gens qui viennent en dépannage, en convalescence, pour un répit psychologique et pour une dernière étape de vie, quand la perte d'autonomie devient évidente et que le domicile ou les proches ne peuvent assurer soins et sécurité.

Cette dernière catégorie représente plus de 50 p. 100 de nos admissions.

La Maison Marc Simon n'est pas un mouroir mais un milieu de vie, où les personnes qui vivent avec le VIH-sida sont acceptées telles qu'elles sont dans le respect de leurs différences. L'accent est mis davantage sur la qualité de la vie que sur le nombre de jours qui restent à vivre.

Les personnes autonomes et semi-autonomes cohabitent avec des personnes qui sont en dernière étape de vie. Au début de notre expérience, nous pensions impossible la présence sous un même toit de personnes autonomes avec des personnes en dernière étape de vie.

À notre surprise, loin d'avoir un effet déprimant chez les autres, il s'établit un climat d'entraide, de solidarité et de compassion; un apprivoisement de leur propre mort.

Lorsque nous demandons aux biens portants ou aux semi-autonomes, si le vécu des soins palliatifs est trop lourd pour eux, la réponse est presque toujours la même: «À voir la façon dont vous vous occupez de ceux qui sont en perte complète d'autonomie, la façon dont vous les entourez et les aimez, ça ne

*[Translation]*

meaningful suffering can have a spiritual dimension. I do not wish to glorify suffering here because it must be relieved, but it is part of the human condition.

Thank you.

**Sr. Agathe Côté, Maison Marc Simon:** Madam Chairman, honourable senators, I appreciate the privilege I have been given to share my experience with you.

I am not an ethicist or a doctor. I can only tell you about our experience over the last six years at Maison Marc Simon, where I am a full-time volunteer providing supportive care and attention to people with AIDS.

This experience is a fairly accurate reflection of the reality in Quebec's 12 community hospices for AIDS victims. Far from furnishing an argument for the right to die, this experience is a message for the right to live fully, right up to the final moment. I would like to thank you for your interest.

First, I will talk about the general experience of HIV and AIDS patients at Maison Marc Simon. I will then present our position on the legalization of euthanasia or assisted suicide, and finally, I will outline the objectives of the consultation committee of community hospices for AIDS victims and its position on this issue, which is similar to that of Maison Marc Simon.

Maison Marc Simon in Quebec City is a hospice for HIV and AIDS victims. This resource, under the responsibility of the community organization MIELS-Québec, can accommodate 10 residents. We have four categories of admissions: there are people who come for a short-term stay, for convalescence, for psychological respite and in the final phase of life, when their inability to care for themselves has become acute and their own home or loved ones are unable to provide the necessary care and security.

This final category of residents accounts for more than 50 per cent of our admissions.

Maison Marc Simon is not a place of death, but rather a place of life, where people with HIV and AIDS are accepted as they are and their differences are respected. Emphasis is placed more on the quality of life than on the number of days one has left to live.

Autonomous and semi-autonomous residents live side by side with residents in the final phase of life. Initially, we thought it would be impossible to have autonomous residents living under the same roof as those in the final phase of their lives.

To our surprise, rather than having a depressing effect on the others, this situation created an atmosphere of mutual help, solidarity and compassion, and helped the other residents face their own death more easily.

When we ask our residents who are feeling well or who are semi-autonomous whether the palliative care experience is too depressing for them, the answer is virtually always the same: "Seeing how you take care of those who are totally incapacitated, seeing the tremendous love and support you provide to them, has

## [Text]

me fait plus peur de mourir.» Ils se disent que quand ce sera leur tour, nous ferons la même chose pour eux. Parfois, avec les personnes qui ont des atteintes neurologiques, le vécu est plus difficile. Cependant, chacun respecte l'autre parce que, disent-ils, peut-être que moi aussi je deviendrai comme cela.

Parlons maintenant du confort en fin de vie à la Maison Marc Simon. Il y a deux éléments qui nous apparaissent très importants, à savoir, le contrôle de la douleur pour rendre le malade confortable et l'entourage chaleureux pour diminuer l'anxiété et la peur de souffrir et de mourir. Le contrôle de la douleur est assuré par une équipe de huit médecins qui effectuent une garde permanente à tour de rôle, le docteur Morissette est un de ces médecins qui viennent à la maison.

Nous veillons à ce que la souffrance, tant physique que morale, soit soulagée par une médication appropriée et aussi nous favorisons toute autre technique pouvant faciliter le repos et la détente, soit les médecines douces telle que la musique, la visualisation, les massages, les méthodes de méditation et la prière. Nous sommes secondés dans ce travail par une équipe d'une cinquantaine de bénévoles, une équipe de quatre prêtres et du personnel psychosocial.

L'amour palliatif nous le privilégions par la présence permanente, jour et nuit, des proches et des bénévoles. Et pour les proches, un local spécifique est réservé afin que ces personnes puissent avoir du support régulièrement. On a déjà vu une mère qui a vécu presque une semaine de temps à la Maison Marc Simon parce qu'elle voulait être proche de son fils.

Nous portons un grand respect de l'intimité des proches avec le malade. Nous leur laissons tout le temps et l'espace dont ils ont besoin pour exprimer leur proximité aimante, leur présence sécurisante et leurs paroles réconfortantes.

À cette étape, nous renforçons notre présence aux familles parce qu'elles ont besoin d'être informées régulièrement des changements dans la maladie; (c'est une maladie qui va très vite) elles ont aussi besoin d'être écoutées dans leur peine, leurs impuissances ou le partage des souvenirs agréables de celui qui va quitter; pour leur apporter aussi réconfort et sécurité par notre expérience, notre compréhension et notre tendresse et pour les aider à anticiper le deuil.

Enfin à cette étape, notre présence est toute aussi essentielle aux autres résidents et résidentes pour qui c'est un moment plus ou moins anticipé. C'est pour eux un miroir de leur devenir. Il est important pour eux que nous les informions de la réalité qui se vit dans la maison, que nous les rassurons quand la mort arrive en leur permettant d'exprimer leurs émotions devant cet événement et que nous animions la vie qui se continue pour eux.

J'en arrive à la position de la Maison Marc Simon en regard d'une législation. Lors d'une réunion spéciale tenue le 3 octobre 1994 et à laquelle participait un groupe de professionnels, il y a un consensus qui s'est établi pour que soit transmis au comité sénatorial spécial notre position sur la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. L'équipe se dit en désaccord avec une

## [Traduction]

helped me to no longer fear death." They realize that when their time comes, we will do the same for them. Sometimes, with people suffering from neurological problems, the experience is more difficult. However, all our residents respect each other because they say to themselves perhaps I, too, will end up like that.

I would now like to discuss the comfort care provided in the final phase of life at Maison Marc Simon. There are two factors which we consider very important, namely, pain management in order to make the patient comfortable, and compassionate personal support in order to alleviate the anxiety and fear of suffering and dying. Pain control is provided by a team of eight physicians, one of whom is on call at all times. Dr. Morissette is one of the physicians on this team.

We ensure that both physical suffering and anxiety are alleviated through proper medication and we also encourage any other techniques which may facilitate rest and relaxation, namely alternative therapies such as music, visualization, massage, meditation and prayer. We are supported in this work by a team of some fifty volunteers, a team of four priests as well as psychologists and social workers.

We emphasize palliative love through the constant presence, day and night, of loved ones and volunteers. And a special area has been set aside for loved ones and relatives so that they can be given regular support. On one occasion, a mother spent nearly a week at Maison Marc Simon because she wanted to be close to her son.

We have great respect for the intimacy between patients and their loved ones. We leave them all the time and space they need to express their loving closeness, their reassuring presence and their comforting words.

At this stage, we increase our contacts with the families because they need to be regularly informed of any changes in the patient's condition — AIDS is a disease which progresses very rapidly. They also need to have someone to listen to them express their pain and their feelings of helplessness and with whom they can share fond memories of the one who is about to leave them. They also need to be comforted and reassured by our experience, our understanding and our compassion and to receive help in coping with the grieving process to come.

At this stage, our presence is equally essential for the other residents, who will also have to face this moment at some point in the future. For them, this is a mirror of their own eventual fate. It is important that we make sure they know how we handle these situations in our hospice, that we reassure them when death comes by allowing them to express their emotions about this event, and that we make the most of the life they have remaining.

I shall now discuss the position of Maison Marc Simon regarding possible legislation. During a special meeting held on October 3, 1994, which was attended by a group of professionals, it was agreed that we should present our position on the legalization of euthanasia and assisted suicide to the Special Senate Committee. The team disapproves of legalization of



## [Texte]

législation de l'euthanasie parce que, en tant que société, si l'on ouvre la porte à cette éventualité, où s'arrêtera-t-on?

Souvent c'est la peur de souffrir qui incite les personnes à poser une demande d'euthanasie. Si nous prenons le temps d'établir une bonne relation de confiance et que nous permettons l'expression de ce que vit la personne, nous avons de bonnes chances que la question ne se repose pas. Et souvent les résidents vont nous dire qu'ils n'ont pas peur de mourir, ils ont peur de souffrir.

Souvent c'est la qualité de vie qui est questionnée et il y a lieu de faire une évaluation de ce qui reste plutôt que de mettre l'accent sur les pertes. L'être humain est le seul capable de donner un sens à ce qu'il vit. La souffrance et la mort font parti de la vie et très souvent des cheminements que l'on ne peut prévoir se font chez certaines personnes, pour ne pas dire toutes.

L'équipe propose fortement le développement de soins palliatifs qui consistent chez nous à assurer des soins d'hygiène et de confort qui respectent la dignité de la personne; à soulager la douleur physique et ses symptômes même si la médication peut abrégé la durée de vie; à soulager la souffrance morale autant que faire se peut; à assurer un support moral, psychologique et spirituel à celui qui est en fin de vie et à ses proches; à respecter la liberté des personnes quant au refus de traitement après avoir pris le temps d'expliquer les avantages et les inconvénients d'une telle cessation et à ne pas faire d'acharnement thérapeutique.

Quand un individu dit qu'il a perdu toute dignité humaine, peut-être la retrouvera-t-il s'il avait la chances d'être soigné, regardé et traité avec beaucoup de douceur et de compassion. Il verrait dans les yeux de l'autre qu'il a toujours sa dignité d'être humain puisque quelque soit l'état de déchéance de son corps, il retrouvera la tendresse, la compassion et l'amour.

La table des maisons d'hébergements communautaires sida du Québec qui regroupe 12 maisons, m'ont donné comme mandat de présenter, elles aussi, leur position parce que ce que nous vivons à la Maison Marc Simon ressemble, à quelques différences près, au vécu élaboré par la maison. Suite à la mise en commun de ces réflexions, on m'a mandatée pour faire part au comité de cela.

Utiliser nos énergies pour le droit à la vie, c'est-à-dire faire en sorte que chaque personne en fin de vie, puisse bénéficier de soins palliatifs tels qu'actualisés dans nos maisons; faire en sorte qu'en tout lieu du Québec et du Canada des soins palliatifs soient offerts comme première alternative à l'euthanasie et au suicide assisté.

J'ai placé à la fin du document une compilation que j'ai faite très vite et les accompagnements en fin de vie versus le nombre de demandes d'euthanasie dans nos maisons est assez révélateur. Il y a seulement 3,7 p. 100 des personnes qui ont été accompagnées dans nos maisons qui ont demandé l'euthanasie.

En conclusion, ce que j'ai voulu démontrer par le partage de notre vécu des personnes atteinte du sida en fin de vie, c'est que la mort dans la dignité et la sérénité existent mais pour cela il

## [Translation]

euthanasia because where will we, as a society, stop if we open the door to this prospect?

It is often the fear of suffering that prompts people to request euthanasia. If we take the time to establish a good relationship of confidence and if we allow people to express what they are feeling, there is a very good chance that they will not make such a request again. Our residents often tell us that they are not afraid of dying, but rather of suffering.

Often, it is the quality of life that is questioned and it is a good idea to evaluate what remains rather than to emphasize what has been lost. Human beings are the only creatures capable of endowing their experiences with meaning. Suffering and death are part of life and very often events occur in the lives of some people, if not everyone, that cannot be predicted.

The team strongly advocates the development of palliative care. At Maison Marc Simon, this palliative care consists in providing hygiene care and comfort care which respect the dignity of the person; in alleviating physical pain and its symptoms even if the medication might shorten life expectancy; in easing mental suffering as much as possible; in providing moral, psychological and spiritual support to the dying person and his loved ones; in respecting the freedom of those who refuse treatment after we have taken the time to explain the advantages and disadvantages of such a decision; and in not pursuing aggressive therapy.

When someone says that he has lost all human dignity, perhaps he might be able to recover his lost dignity if he had the opportunity to be cared for, regarded and treated with great compassion and consideration. He would see in the eyes of the other person that he still has his dignity as a human being because, regardless of the deterioration of his body, he will find kindness, compassion and love.

The consultation committee of Quebec community hospices for AIDS victims, which comprises 12 hospices, has directed me to present their position as well because our experience at Maison Marc Simon is very similar to that in the other hospices. After discussing their views and reaching a consensus on this issue, they asked me to present their position to this committee.

That position is to devote our energies to promote the right to life, namely, to ensure that every terminally ill person receives palliative care, as is the case in our hospices; to ensure that palliative care is available at every institution in Quebec and Canada as the first alternative to euthanasia and assisted suicide.

I have submitted with this brief some hastily compiled figures on supportive care and attention for the dying versus the number of requests for euthanasia in our hospices. These figures are very revealing. Only 3.7 per cent of our residents who were given supportive care in their remaining days requested euthanasia.

In concluding, what I hoped to demonstrate in sharing with you our experience with AIDS victims in the final phase of their life is that dying with dignity and in peace is possible, but in order for

[Text]

faut que les personnes en fin de vie et leurs proches soient supportés dans un climat de respect, d'écoute et de compassion. Je vous remercie, honorables sénateurs.

**Le sénateur Beaudoin:** J'aurais une seule question à poser, et elle concerne le débranchement des appareils et l'euthanasie. Certaines personnes disent qu'il n'y a pas tellement de différence entre un débranchement d'appareil qui cause la mort comme dans le cas, par exemple, de Nancy B. et un suicide assisté ou encore l'euthanasie où un médecin ou autre personne, intervient et cause la mort.

Évidemment, je vois certaines différences quand même sur le plan des réalités. Comment répondez-vous à l'argument de ceux qui disent que dans les deux cas on vise la mort, même si elle est visée pas tout à fait de la même façon, mais c'est le même résultat? On entend souvent cet argument dans le public en disant que si vous acceptez le débranchement de l'appareil, le refus de traitement, et cetera, pourquoi vous arrêtez-vous en chemin et vous n'acceptez pas aussi l'euthanasie ou le suicide assisté?

**Le docteur Morissette:** En fait, je vais vous donner une réponse d'éthique, en ce sens que, lorsque vous cessez un traitement ou que vous débranchez un appareil parce que, soit le traitement est devenu disproportionné parce que la personne juge que quelque part elle n'a plus le goût ou la capacité de lutter, il y a une nette différence entre le fait de laisser la mort naturelle survenir plutôt que de la provoquer. Je pense qu'essentiellement le noeud de la réponse est là. C'est toute la question de laisser la mort naturelle survenir versus la provoquer.

Pour nous, les médecins, même pour ceux qui travaillent aux soins intensifs, par exemple, et qui ont à débrancher les appareils, je dirais que ce n'est pas un geste qui est facile sur le plan des émotions. Cependant, on le fait de façon très lucide sachant que quelque part nous laissons un phénomène naturel suivre son cours. Ce n'est pas la même chose que de dire j'arrive et j'ai mon injection de chlorure de potassium et dans 30 secondes c'est terminé.

**Le sénateur Beaudoin:** Autrement dit, l'une c'est une mort naturelle, l'autre c'est une mort provoquée.

**Le docteur Morissette:** Tout à fait.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je voudrais remercier le docteur Morissette et madame Coté de s'être déplacés de Québec jusqu'ici. Je trouve cela extrêmement généreux de votre part parce que je sais que c'était un long déplacement, d'autant plus que l'on avait reçu votre mémoire au début du mois de mai et pour des raisons qui m'échappent c'était resté sans suivi. Je dois dire que j'ai peut-être insisté un peu pour que vous veniez, et cela ne me gêne pas de le dire publiquement, il y a un groupe de patients qui me préoccupent beaucoup dans tout ce débat sur l'euthanasie et le suicide assisté, c'est justement la question des sidéens. Je savais que vous aviez une maison d'accueil à Québec et qui était toujours bien occupée d'une certaine façon, malheureusement.

[Traduction]

this to happen, the terminally ill and their loved ones must be given support in an atmosphere of respect and compassion and willingness to listen. Thank you honourable senators.

**Senator Beaudoin:** I have just one question I would like to ask and it concerns disconnection from life-prolonging equipment and euthanasia. Some say that there is really no difference between disconnection which causes death, as in the case of Nancy B. for example, and assisted suicide or even euthanasia where a doctor or some other person intervenes and causes death.

I, obviously, see certain differences, nonetheless, in terms of what actually happens. How do you respond to the argument of those who maintain that the goal in both cases is death, and while the means employed are not exactly the same, the outcome is nonetheless the same? We often hear the argument from Canadians that if you accept disconnection from life-prolonging equipment, refusal of treatment, et cetera, why do you stop there and not also accept euthanasia and assisted suicide?

**Dr. Morissette:** I will give you an ethical answer to that question in the sense that when you cease treatment or disconnect a person from life-prolonging equipment because the treatment has become disproportionate or because the individual feels he no longer has the desire or the ability to fight, there is a clear difference between allowing death to occur naturally and causing it. I believe that, essentially, the crux of the answer lies in this. It is the whole question of allowing death to occur naturally versus causing it.

For us physicians, and even for those who work in intensive care, for example, who are the ones who have to disconnect patients from this equipment, I would say that this is not an easy action to take emotionally. However, we do so in the full knowledge that we are allowing a natural phenomenon to take its course. It is not the same thing as saying that I arrive with my injection of potassium chloride and in 30 seconds it's all over.

**Senator Beaudoin:** In other words, one death is natural and the other is brought about artificially.

**Dr. Morissette:** Exactly.

**Senator Lavoie-Roux:** I would like to thank Dr. Morissette and Sr. Coté for coming all the way from Quebec City to be here today. This is very generous of you because I know it was a long trip, particularly since we received your brief in early May and for reasons which escape me, it was not followed up. I should mention that I was perhaps somewhat insistent that you come, and I am not embarrassed to say this publicly, because there is one group that concerns me a great deal in this whole debate on euthanasia and assisted suicide and that is precisely AIDS victims. I knew that you had a hospice in Quebec City which, unfortunately, was always quite full.



## [Texte]

Ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant, eut égard aux patients sidéens, et mes collègues pourront me corriger, on sait que médicalement c'est une situation qui est propre à eux et aussi qu'il s'agit d'un groupe de jeunes, il s'agit de gens dont la fin sera généralement pénible et ce sont aussi des gens qui ont été marginalisés et qui, peut-être, le sont un peu moins, j'ose l'espérer, parce que vous vous souvenez que cela n'avait pas été facile d'ouvrir cette maison-là à Québec, personne ne la voulait dans son quartier. Ils sont bien maintenant, ils sont en face du ministère et voisin de l'hôpital Saint-Sacrement. Je ne sais pas si cela les aide ou pas.

Mais plus sérieusement, je suis toujours restée sous l'impression que les soins palliatifs, comme on en a beaucoup entendu parler à ce comité, dans un certain nombre de cas, que je ne peux pas évaluer, restaient inadéquats pour les patients sidéens soit parce qu'ils refusaient de s'engager dans ce type de démarche ou qu'il ne la jugeait pas adéquate pour eux ou encore parce qu'elle n'était pas à leur portée s'ils habitent à l'extérieur de Québec.

Je sens, docteur Morissette, dans votre exposé que vous êtes un peu comme nous, vous dites que c'est une bonne réponse, les soins palliatifs, mais il peut y avoir des cas limites, et c'est un peu le sentiment que nous avons eu. Je me place uniquement vis-à-vis ceux du Québec quoique cela ne soit pas différent dans les autres provinces. Qu'elle est votre réponse à ces cas limites, finalement?

**Le docteur Morissette:** Depuis 1979, je suis impliqué dans les soins palliatifs. Au début c'était à la Maison Michel Sarazin à Québec. Je me rappelle avoir souvent entendu dire que les soins palliatifs sont la réponse à la question de l'euthanasie.

Cependant, lorsque vous connaissez des médecins qui oeuvrent depuis des années en soins palliatifs, il arrive toujours de ces situations où quelque part on est en perte totale de contrôle sur les symptômes, cela arrive à l'occasion. En ce qui concerne les sidéens, il y a une grosse différence entre le sida et le cancer. On ne rencontre pas les phénomènes de douleur aussi souvent dans la maladie du sida que dans la maladie cancéreuse comme telle. Effectivement, on joue avec des doses de morphine qui sont beaucoup moins élevées chez la majorité des sidéens que dans le cas du cancer.

Lorsque les médecins de la Maison Marc Simon ont discuté de la question de ces cas limites, nous avons constaté que ce que l'on appréhende tous un peu, c'est le jour où l'on se retrouve devant une situation où l'on a épuisé tout l'arsenal thérapeutique pour soulager quelqu'un et l'on se retrouve dans un cul-de-sac. Que fait-on? En septembre, j'ai assisté à un atelier au congrès international des soins palliatifs à l'Université McGill à Montréal et je suis allé à l'atelier sur le sommeil artificiel.

Certains endroits comme la Maison Michel Sarazin utilisent déjà le sommeil artificiel. Naturellement, certains éthiciens vont vous dire que nous sommes très près de l'euthanasie lorsque nous jouons avec cela. Effectivement, oui c'est vrai. Cependant, je pense que cela pourrait peut-être être une option valable mais

## [Translation]

What we have heard until now with regard to AIDS patients — and my colleagues can correct me if I'm wrong — is that medically, their situation is unique, that these victims are generally young, that their end will generally be painful and also that they have been marginalized, perhaps they are a little less so now, I hope, because as you will recall it was not easy to open this hospice in Quebec City; no one wanted it in their neighbourhood. The situation is better now; the hospice is located across from the department and adjacent to Saint-Sacrement Hospital. I do not know whether that helps them or not.

But more seriously, I remain under the impression that palliative care, which this committee has heard a great deal about in its proceedings, in a certain number of cases — I cannot say exactly how many — remained inadequate for AIDS patients either because they refused to have anything to do with this type of approach, because they did not consider it adequate for them or because they did not have access to it if they live outside Quebec City.

I sense, Dr. Morissette, in your presentation that you more or less share our views on this. You say that palliative care is a good answer, but that there may be extreme cases; that is more or less our feeling on this. I am taking this position solely with respect to the situation in Quebec, although the situation is no different in the other provinces. What, essentially, is your answer for these extreme cases?

**Dr. Morissette:** I have been involved in palliative care since 1979. Initially, it was at Maison Michel Sarazin in Quebec City. I recall having frequently heard people say that palliative care is the answer to the question of euthanasia.

However, when you know physicians who have been working in palliative care for years, there are always these types of situations where one is totally unable to control the symptoms; this happens occasionally. As regards AIDS patients, there is a big difference between AIDS and cancer. One does not encounter phenomena of pain as often with AIDS as one does with cancer. In fact, the doses of morphine given to most AIDS patients are much lower than for cancer patients.

When the doctors at Maison Marc Simon discussed the issue of these extreme cases, we noted that what we all dread to some extent is the day when we are faced with a situation where we have tried everything in the therapeutic arsenal to alleviate a patient's suffering and find ourselves at a dead end. What do we do? In September, I attended a workshop at the international convention on palliative care at McGill University in Montreal and I went to the workshop on artificial sleep.

Some places such as Maison Michel Sarazin are already using artificial sleep. Naturally, some ethicists will tell you that we are very close to euthanasia when we resort to this procedure and yes, in effect, this is true. However, I believe that this could be a valid option. But what I have noticed is that these extreme cases are

*[Text]*

ce que je remarque, c'est que ces cas limites, très souvent, sont vécus dans des milieux ou dans des contextes où les médecins manquent d'expérience en soins palliatifs.

Il y a un énorme manque à l'heure actuelle tant au niveau de nos facultés de médecine que dans l'apprentissage sur le terrain. Les soins palliatifs, c'est une science qui s'apprend. À l'heure actuelle au Canada, je fais parti d'un groupe avec les gens de Casey House de Toronto et l'équipe des soins palliatifs du Mount Sinai de Toronto et d'autres un peu partout à travers le pays, où nous sommes en train de préparer un module à l'intention des soigneurs, soins palliatifs et sida pour remettre aux intervenants en milieu de soins, un outil avec lequel ils vont être capable de travailler et qui va, nous l'espérons, établir une espèce de standard de pratique en soins palliatifs au pays.

Beaucoup de médecins à l'heure actuelle ont peur de jouer avec les bonnes médications lorsqu'une personne est en phase terminale. Pour beaucoup, malheureusement, les médications se limitent uniquement à la morphine et à la scopolamine, je ne vous donnerai pas un cours de médecine ici, mais quelque part, il y a un manque d'habileté flagrant chez beaucoup de médecins en soins palliatifs.

J'ajouterais peut-être une situation en parallèle: je déplore beaucoup la faillite des milieux traditionnels de soins palliatifs qui n'ont pas été proactifs face au sida au début. Cela m'attriste beaucoup parce qu'il y a eu dans certains milieux de soins palliatifs beaucoup de complaisance. Les sidéens n'étaient pas une clientèle que l'on souhaitait voir arriver à l'intérieur de nos belles unités de soins palliatifs. Il a toujours fallu aller quêter de l'aide, et quêter des demandes, et quêter des protocoles de soins, et je me dis que cela n'est pas normal.

**Mme Coté:** J'aimerais vous donner un exemple concret que nous avons eu à la Maison Marc Simon: une des deux personnes qui ont demandé l'euthanasie chez nous, était justement une personne qui était suivie par un médecin autre que notre équipe et qui n'avait pas d'expérience en soins palliatifs. C'est à peu près l'unique personne qui est morte chez nous et qui a étouffé dans ses sécrétions, si l'on peut dire, et qui était inconfortable et qui a été très dur aussi pour le personnel. Le médecin n'avait pas d'expérience dans ce domaine et il n'était pas facilement rejoignable. Depuis ce temps-là, on a décidé à la Maison Marc Simon que seulement l'équipe des médecins qui acceptaient de traiter nos personnes avec les mêmes moyens, viendrait à la maison.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Docteur Morissette, est-ce qu'il y a quand même une évolution ou une ouverture un peu plus grande vis-à-vis des sidéens à la Maison Michel Sarazin, par exemple, ou à d'autres unités de soins palliatifs semblables?

**Le docteur Morissette:** Il n'y a pas d'ouverture dans le sens accepté de cette clientèle-là, cependant ces maisons ont toujours été ouvertes en terme du support consultatif. C'est-à-dire que les médecins peuvent appeler les médecins ou n'importe quel professionnel de la santé de la Maison Michel Sarazin et ce sont des collaborations entre professionnels que nous avons établies. On a une très belle collaboration avec les professionnels de la Maison Michel Sarazin, oui, effectivement.

*[Traduction]*

very often encountered in institutions or in situations where the physicians lack experience in palliative care.

There is currently a tremendous deficiency in terms of both our faculties of medicine and our learning in the field. Palliative care is a science which must be learned. I am part of a group, together with the people from Casey House in Toronto, the palliative care team from Mount Sinai in Toronto and others from across the country, that is currently preparing a module on palliative care and AIDS for health care providers which will give them a workable tool and one which, we hope, will establish some sort of practice standard for palliative care in Canada.

Many physicians are currently afraid to use the right drugs for terminally ill patients. For many, unfortunately, the drugs are limited solely to morphine and scopolamine. I will not try to give you a course in medicine here; I just wanted to point out that many physicians display a flagrant lack of skills in the area of palliative care.

I would perhaps just like to mention one other related situation. I strongly deplore the failure of traditional palliative care institutions that were not proactive with respect to AIDS initially. It grieves me to see this because there was a great deal of complacency in certain palliative care institutions. We did not want to see AIDS victims sully our lovely palliative care units. It was always necessary to request assistance and treatment protocols, and I thought that this was not right.

**Sr. Coté:** I would like to give you a concrete example which we had at Maison Marc Simon. One of the two residents at our hospice who requested euthanasia was precisely someone who was being treated by a doctor who was not a member of our team and who was not experienced in palliative care. This was virtually the only one of our residents to die who choked on his secretions, if we can put it that way, and who was uncomfortable; this was also a very difficult situation for our staff. The doctor did not have experience in this field and he was not easy to contact. Since that time, a decision was made at Maison Marc Simon that we would allow on our team of physicians only those who agreed to provide our residents with the same level of treatment.

**Senator Lavoie-Roux:** Dr. Morissette, has there, nevertheless, been a change or a somewhat greater acceptance of AIDS patients at Maison Michel Sarazin, for example, or at other similar palliative care centres?

**Dr. Morissette:** There has been no greater acceptance of AIDS patients; however, these centres have always been open in terms of providing consultative support. In other words, physicians can call the physicians or any other health care professional at Maison Michel Sarazin; what we have established is collaboration between professionals. Yes, indeed, there is very good collaboration with the professionals at Maison Michel Sarazin.



## [Texte]

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Mais, ils ne les admettent pas?

**Le docteur Morissette:** Non, absolument pas.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je devrais savoir combien il y de sidéens au Québec mais je n'ai pas les statistiques en tête dans le moment. Vous avez 12 maisons, et il faudrait que je fasse les calculs, qui ont à peu près 104 lits je pense, est-ce que je me trompe?

**Le docteur Morissette:** C'est à peu près cela, oui.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je suis certaine qu'il y a plus de 104 sidéens actifs au Québec, qu'arrive-t-il aux autres?

**Le docteur Morissette:** Les autres décèdent à l'hôpital, rarement à domicile mais, de plus en plus, on tente d'encourager le maintien à domicile lorsque c'est possible avec le support des proches.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Est-ce que maintenant du côté des familles, il y a un peu plus d'ouverture, un peu moins de rejet?

**Le docteur Morissette:** Agathe Coté pourrait répondre, oui.

**Mme Coté:** Oui, beaucoup plus. Je dirais qu'il y a de 75 à 80 p. 100 d'amélioration. Les personnes qui meurent chez nous sont presque toujours accompagnées, soit des parents, soit des proches ou des amis. Pour ceux qui n'ont pas de parents, nos unités vont les accompagner. Mais c'est très rare. C'est pour cela qu'il est très important que les familles aussi soient supportées là-dedans. Il y a le patient qu'il faut supporter mais il est aussi très important que les familles soient supportées parce que c'est difficile à vivre. S'ils n'ont pas un milieu qui les supporte, ils vont traîner leur deuil pendant des années.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** S'il y avait suffisamment de ressources en soins palliatifs ou de maisons d'accueil semblable à la vôtre et avec une approche similaire à la vôtre, croyez-vous que cela pourrait répondre à l'ensemble des sidéens ou si de par la nature de la maladie, de leurs symptômes souvent, des conditions sociales, et cetera, il resterait toujours un certain nombre qui demeurerait rébarbatif à entrer dans un système comme le vôtre?

**Le docteur Morissette:** Je pense que le besoin est naturellement beaucoup plus grand dans la région montréalaise que dans la région québécoise. Cependant, je vous dirais que même malgré le fait qu'on ait une accessibilité présente, il y aura toujours des gens qui répugneront à aller dans un tel milieu.

L'expérience de mes patients m'apprend depuis quelques temps que les gens ont la perception que les soins palliatifs ne contribuent qu'à prolonger une agonie. Ils ont souvent cette fausse conception des soins palliatifs.

Je vais vous donner un exemple. J'ai un patient qui en février dernier était à la Maison Marc Simon. Un bénévole m'a dit qu'il voulait me parler d'euthanasie et de suicide assisté. Alors j'attendais qu'il m'en parle et il ne m'en parlait pas. J'ai tendu l'hameçon un jour avec le ver assez gros qu'il a mordu et finalement, on en a parlé.

## [Translation]

**Senator Lavoie-Roux:** But they do not admit these patients?

**Dr. Morissette:** No, absolutely not.

**Senator Lavoie-Roux:** I should know how many AIDS victims there are in Quebec, but I do not have the statistics in my head at the moment. You have 12 hospices — and I would have to do a little calculating — with a total of about 104 beds, I think. Am I correct?

**Dr. Morissette:** Yes, that is about right.

**Senator Lavoie-Roux:** I am sure there are more than 104 AIDS victims in Quebec. What happens to the others?

**Dr. Morissette:** The others die in a hospital; they rarely die at home. However, we are trying to encourage home care services when this is possible with the support of relatives.

**Senator Lavoie-Roux:** In terms of family members, is there now somewhat greater acceptance or openness, a little less rejection?

**Dr. Morissette:** Sr. Agathe Coté might be able to answer your question, yes.

**Sr. Coté:** Yes, considerably more. I would say that there has been about a 75 to 80 per cent improvement. The people who die at our hospice are almost always supported and comforted either by relatives, loved ones or friends. For those who have no relatives, our centres will provide them with support and comfort in their final phase of life. But this is very rare. That is why it is very important that the families also be supported in this time. The patient needs support, but it is also very important that the families receive support as well because this is a very difficult experience for them. If they do not have a centre to support them, they will continue to grieve for years.

**Senator Lavoie-Roux:** If there were sufficient palliative care resources or hospices similar to yours and with a similar approach to yours, do you believe that this could meet the needs of all AIDS patients or do you believe that because of the nature of the disease, often the symptoms of AIDS patients, social conditions, et cetera, there would always be a certain number who would be reluctant to enter a centre such as yours?

**Dr. Morissette:** I think that the need is naturally far greater in the Montreal area than it is in the Quebec City area. However, I would say that despite the fact that we are very accessible, there will always be people who will be reluctant to go to such an institution.

The experience of my patients has taught me for some time now that people have the perception that palliative care merely prolongs the agony. They often have this misconception about palliative care.

I will give you an example. I have a patient who was at Maison Marc Simon last February. A volunteer told me that he wanted to talk to me about euthanasia and assisted suicide, so I waited for him to raise the subject but he never did. One day, I baited the hook with a fairly large worm and he bit and finally broached the subject.

## [Text]

C'est un bonhomme de 33 ans. Il est tout maigre. Il fait une infection intestinale depuis plusieurs années. Il a de la diarrhée de façon quasi constante mais il est cependant autonome. Il est retourné chez lui, mais à cette époque, en parlant avec lui, j'ai pris conscience d'un gros problème avec les soignants, pas seulement les médecins mais les soignants de façon générale, quand cette question-là est abordée. Beaucoup de soignants font une fuite mentale ou psychologique face à cette question.

Il faut prendre le temps de s'asseoir avec les gens et essayer de comprendre quel est le mobile profond qui fait qu'une personne y pense. Cette fois-là, avec ce type, j'avais pu aller plus loin et comprendre sa perception de la dignité humaine. C'était quant à lui beaucoup plus dans la peur de la dépendance. Je vais l'appeler Jean-Pierre pour ne pas mentionner son nom. Il est toujours vivant. Jean-Pierre, lui ai-je dit, retourne un an en arrière. Il y a un an, en février 1994, si tu t'étais vu tel que tu es maintenant, est-ce que tu aurais jugé cela acceptable? Il me répond non. Maintenant que tu es dedans, que tu le vis, est-ce que cela a encore du sens? Est-ce que tu as encore une qualité de vie? Il me répond oui. Alors je lui ai dit: Écoute Jean-Pierre, on va attendre d'être rendu là et quand on sera rendu là, on en reparlera. On en a reparlé en décembre dernier. À ce moment, la travailleuse sociale m'a dit que c'était ce qu'il voulait, le suicide assisté.

J'ai passé une heure avec cette personne pour finalement le faire parler et comprendre que pour lui, soins palliatifs, cela voulait dire d'abord, de l'acharnement palliatif, faire mourir quelqu'un à petit feu. Et deuxièmement, pour ce type qui a travaillé comme serveur dans un restaurant toute sa vie, pour lui, la bouffe, c'est très important. Il appréhendait le jour où il ne serait plus capable de manger et de boire.

J'ai accompagné des cas de sida qui ont fait des leuco-encéphalopathies multifocales progressives, qui meurent un peu comme madame Rodriguez est décédée et pour ces gens, lorsqu'ils arrêtent de manger, de boire, surtout lorsqu'ils sont dénutris, cela va très rapidement.

Cela prend 48 heures, 72 heures, on les met tout de suite à la morphine, cela va très rapidement. J'ai parlé très ouvertement avec Jean-Pierre de cette alternative, de sa crainte du jour où il sera trop faible pour manger et boire. Qu'est-ce qui était pour se passer? Est-ce qu'on allait le nourrir avec des solutés et tout cela et j'ai tout clarifié avec lui. Cela l'a soulagé. Je voulais quand même vérifier plus loin. J'ai dit, Jean-Pierre, si je l'avais la seringue de chlorure de potassium et si je te donnais l'injection, dans 30 secondes, c'est fini. Je veux que l'on soit bien clair ensemble, est-ce que c'est cela que tu veux? La réponse a été: Non. Cet homme réclamait le droit de mourir sans souffrance, sans douleur, en paix, sans acharnement.

Il y a une confusion dans l'esprit des malades, du public à notre fantôme de fin de vie. Les gens ont peur de mourir à petit feu, avec acharnement. Il y a une fausse perception des soins palliatifs dans notre société actuellement.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Cela fait encore partie de nos discussions. C'est la première fois que je l'entends sous ce vocable à savoir le sommeil artificiel.

## [Traduction]

This guy is 33 years old. He is totally emaciated. He has had an intestinal infection for several years. He has diarrhea on a virtually constant basis, but he is still able to care for himself. He returned home, but at that time, while talking to him, I realized a major problem with health care providers, not only physicians but health care providers in general, when this issue is raised. Many health care providers mentally or psychologically evade this issue.

We must take the time to sit down with people and try to understand the underlying reason why a person thinks about this. This time, with this guy, I was able to go further and understand his perception of human dignity. In his case, it was much more a fear of dependence. I will call him Jean-Pierre so as not to use his real name. He is still alive. Jean-Pierre, I said to him, go back to a year ago. A year ago, in February 1994, if you had seen yourself as you are now, would you have considered this acceptable? He answered no. Now that you have reached this stage in your illness, does life still have meaning? Do you still have a quality of life? He answered yes. So, I said to him: listen, Jean-Pierre, we will wait until you reach that point and when you are there, we will talk about this again. We spoke about it again in December. At that time, the social worker told me that this was what he wanted, assistance in committing suicide.

I spent an hour with him and finally got him to talk to me and it was then that I learned that, for him, palliative care first of all meant aggressive treatment, or making someone die a slow death. Second, for this guy who had worked all his life as a restaurant waiter, eating was very important. He dreaded the day when he would no longer be able to eat or drink.

I have provided supportive care to AIDS patients suffering from progressive multifocal leukoencephalopathy, who die somewhat like Mrs. Rodriguez died. When these patients stop eating and drinking, especially once they are suffering from denutrition, death comes very quickly.

It takes 48 hours to 72 hours. We immediately put them on morphine; death comes very quickly. I have also spoken quite openly with Jean-Pierre about this alternative, about his fear of the day when he will be too weak to eat or drink. How would he get by without eating and drinking? Would they feed him intravenously and all that? I clarified the whole question with him. That relieved him. However, I wanted to inquire further. I said, Jean-Pierre, if I had a syringe of potassium chloride and if I gave you the injection, it would all be over in 30 seconds. I want us both to be very clear on this. Is that what you want? The answer was no. This man was asking for the right to die without suffering, without pain, peacefully, without aggressive therapy.

There is some confusion in the minds of patients and the public about how we imagine the end of life. People are afraid of a long drawn-out death because of aggressive therapy. There is a misconception about palliative care in our society today.

**Senator Lavoie-Roux:** This is still part of our discussions. This is the first time I have heard the term artificial sleep.



## [Texte]

Les gens disent que le sommeil artificiel, c'est une forme d'euthanasie. Est-ce que vous utilisez le sommeil artificiel? À la Maison Sarazin, je sais qu'ils utilisent le sommeil artificiel. Est-ce que vous pourriez développer ce sujet un peu?

**Le docteur Morissette:** Le sommeil artificiel est habituellement un cocktail médicamenteux. Les médecins jouent habituellement avec trois types de médicaments: des hypnotiques, des sédatifs et des barbituriques entre autres le phénobarbital. Nous ne l'avons jamais utilisé à la Maison Marc Simon. À l'hôpital, chez nous au CHUL, il a été rarement utilisé. En fait, c'est utilisé dans deux situations. Primo, quand une personne n'est pas encore prête à mourir mais est tellement souffrante et quand il y a un caractère d'épuisement physiologique qui fait qu'on a un mauvais contrôle médicamenteux sur la souffrance et à ce moment, la technique consiste à induire un sommeil pendant une période plus ou moins prolongée d'heures ou de quelques jours et ensuite laisser les personnes émergées de leur sommeil.

Les gens de Michel Sarazin vous diraient qu'à ce moment, des gens ont retrouvé suffisamment d'énergie pour recevoir la médication qui les soulage. Un médecin de la Maison Michel Sarazin m'a dit que parfois on demande à une personne, est-ce que vous voulez qu'on vous réveille? Apparemment, il serait arrivé que des personnes ont dit: Non. Laissez-moi dormir et laissez les choses suivre naturellement leur cours.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** C'est bien près de l'euthanasie à ce moment.

**Le docteur Morissette:** Les éthiciens nous disent que oui et Guy Durand de Montréal était présent à cet atelier et pour lui, la marge est très mince.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Dans quelle mesure est-ce utilisé dans les différents établissements du Québec?

**Le docteur Morissette:** Je ne crois pas que ce soit très utilisé parce que généralement avec les narcotiques et autres analgésiques que nous utilisons, enfin mon expérience depuis 1987, c'était avec le sida exclusivement, avant je travaillais avec les personnes cancéreuses et de façon générale, je vous dirais que la quasi totalité des patients qui sont décédés à la Maison Marc Simon sont décédés dans des conditions de soulagement adéquat et de contrôle adéquat des symptômes. Je pense que cela serait une solution que j'utiliserais probablement si j'avais perdu complètement le contrôle des symptômes avec les narcotiques et autres analgésiques couramment utilisés.

**The Chairman:** Dr. Morissette, we heard from an AIDS group in Vancouver who felt very strongly that they would not want to choose that. They felt that that was another form of euthanasia. For that reason, many members of that particular group said that they would not choose palliative care. They had left palliative care hostels because they did not see the difference. They wanted either to be euthanized, in their words, or to be given the opportunity to have someone help them commit suicide. They felt that that was prolonging their existence beyond their control.

## [Translation]

People say that artificial sleep is a form of euthanasia. Do you use artificial sleep? I know that they use artificial sleep at Maison Sarazin. Could you elaborate on this subject a little?

**Dr. Morissette:** Artificial sleep is usually a cocktail of drugs. Physicians usually combine three types of drugs: hypnotics, sedatives and barbiturates, including phenobarbital. We have never used artificial sleep at Maison Marc Simon. At our hospital, at the CHUL, it has rarely been used. In fact, it is used in two situations. First, when a person is not yet ready to die but is in such tremendous pain, and second when there is an element of physiological exhaustion, which means that we have a difficult time controlling the suffering with drugs. At that point, the procedure is to induce sleep for a period ranging from several hours to several days and then to allow the patient to emerge from his sleep.

The people at Maison Michel Sarazin would say that at that point the patients have regained sufficient energy to receive medication that will alleviate their suffering. One doctor at Maison Michel Sarazin told me that sometimes the patients will be asked whether they want to be wakened. Apparently, there have been some who have answered no. Let me sleep and allow nature to take its course.

**Senator Lavoie-Roux:** At that point, this is very close to euthanasia.

**Dr. Morissette:** Ethicists say yes and Guy Durand of Montreal was present at this workshop and in his view the difference is very small.

**Senator Lavoie-Roux:** To what extent is this technique used in the various institutions in Quebec?

**Dr. Morissette:** I do not believe that artificial sleep is used very much because, generally, with the narcotics and other analgesics which we use, at least in my experience since 1987, which has been exclusively with AIDS patients, before that I worked with cancer patients... generally, I can tell you that virtually all the patients who have died at Maison Marc Simon have died in conditions of adequate alleviation of their suffering and adequate control of their symptoms. I think that this would be a solution which I would probably use if I were totally unable to control the symptoms with the narcotics and other analgesics currently used.

**La présidente:** Docteur Morissette, un groupe de sidéens à Vancouver nous ont dit être convaincus qu'ils ne voudraient pas recourir à cette option. Ils estimaient qu'il s'agissait là d'une autre forme d'euthanasie. Pour cette raison, nombre de membres de ce groupe particulier ont déclaré qu'ils ne choisiraient pas les soins palliatifs. Ils ont quitté les services de soins palliatifs parce qu'ils ne voyaient pas la différence. Ils voulaient soit être euthanasiés, c'est l'expression qu'ils ont utilisée, ou qu'on leur donne la possibilité de se faire aider à se suicider. Ils estimaient qu'on prolongeait ainsi leur existence et qu'ils en perdaient le contrôle.

## [Text]

We heard from other AIDS groups who did not take such an extreme position. It is a issue for a lot of people. We heard from other doctors, during the course of these hearings, that that was the practice which they followed with patients for whom they could no longer control the suffering.

You said that 17 to 35 per cent of persons who first discover that they have AIDS commit suicide, which seems, on its face, a very large number. It is sad to hear that number, but it is not surprising that people would be overcome by despair or fear when they first realize what is in store for them.

You said that you do not know how many might have committed suicide toward the end of their illness.

The figures we have heard correspond with those from the Dutch witnesses. They said that when people first hear they have a dreadful illness, be it AIDS or something else, they very often ask for information about assisted suicide or other help in that way. The vast majority of them, however, never come back. Presumably, they are well looked after. Only a very small percentage finally ask for assisted suicide of some form. We have heard figures which range from 3 per cent to 10 per cent, but 5 per cent is the most common figure we have heard for people suffering from every type of disease.

You have mentioned one case. In many cases you can learn the reason they are asking for assisted suicide and you can do something about it. Have you had any cases of people asking for assisted suicide? If so, how did you deal with them? Have you had any failures, any people who walked away from hospices as some of these people in Vancouver did?

**Le docteur Morissette:** J'ai très bien compris votre question. En guise de préambule, je vous dirais qu'à l'heure actuelle, il y a même dans le milieu communautaire ou des regroupements de personnes vivant avec le VIH une espèce de mouvement à cet effet: choisissez votre médecin traitant en fonction du critère suivant, un médecin qui accepte et qui est d'accord avec l'euthanasie. C'est un mouvement en train de naître à l'heure actuelle.

Je me rappelle encore la première fois où j'ai été confronté à une telle demande. C'était en 1987 ou en 1988. C'était une demande de prescription de médicaments de la part d'un individu qui était encore en bonne santé et qui n'était pas encore rendu à l'étape sida de la maladie et je me rappelle que c'était un toxicomane très habile, très manipulateur. Il m'a donné un sérieux mal de tête. Finalement, j'avais accepté d'en parler avec lui. Il m'avait vraiment confronté à savoir: Tu sais toi, le docteur, tu peux te prescrire des médicaments si tu veux un jour t'enlever la vie. Pourquoi n'aurais-je pas le même droit que toi? Finalement, on a réussi à tomber sur un terrain d'entente, à savoir le suivant. J'étais à Vancouver au début de novembre pour le document sur lequel nous sommes en train de travailler pour les soins palliatifs et le sida et nous avons rencontré là-bas des groupes de personnes atteintes.

## [Traduction]

Nous avons entendu d'autres sidéens qui n'ont pas adopté une position aussi extrême. C'est un problème pour beaucoup de gens. D'autres médecins nous ont dit, dans le cadre de ces délibérations, qu'ils recourent à cette pratique avec les patients dont ils ne peuvent plus contrôler les souffrances.

Vous avez dit qu'entre 17 et 35 p. 100 des personnes qui découvrent qu'ils ont le sida, se suicident, ce qui me semble, à première vue, un pourcentage très élevé. C'est triste d'entendre ce chiffre, mais il ne faut pas se surprendre que des gens soient à ce point désespérés ou apeurés lorsqu'ils prennent conscience pour la première fois ce qui les attend.

Vous avez dit que vous ne savez pas combien d'entre eux ont pu se suicider vers la fin de leur maladie.

Les chiffres qu'on nous a donnés correspondent à ceux que nous ont fournis les témoins hollandais. Ils nous ont dit que lorsque des gens apprennent qu'ils sont atteints d'une maladie redoutable, qu'il s'agisse du sida ou d'une autre maladie, ils demandent très souvent de l'information au sujet du suicide assisté ou d'autres formes d'aide à cet égard. La plupart d'entre eux, toutefois, ne reviennent jamais à la charge. On suppose qu'on s'occupe bien d'eux. Très peu demandent finalement qu'on les aide à se suicider. D'après ce qu'on nous a dit, il y en aurait entre 3 et 10 p. 100, mais 5 p. 100 est le chiffre le plus commun qui a été cité dans le cas des personnes qui souffrent de n'importe quelle maladie.

Vous avez mentionné un cas. Dans bien des cas, vous pouvez connaître la raison pour laquelle ils demandent qu'on les aide à se suicider et vous pouvez faire quelque chose. Vous est-il arrivé que des personnes demandent qu'on les aide à se suicider? Dans l'affirmative, qu'avez-vous fait? Avez-vous essuyé des échecs, des patients ont-ils quitté les services des soins palliatifs comme l'ont fait ces personnes à Vancouver?

**Dr. Morissette:** I fully understand your question. By way of introduction, I would say that at present, there is even a sort of movement to this effect within the AIDS/HIV community: choose your attending physician based on the condition that he accepts and agrees with euthanasia. This is a movement that is currently emerging.

I can still remember the first time I was faced with such a request. It was back in 1987 or 1988. It was a request for a drug prescription from an individual who was still in good health and who had not yet reached the AIDS stage of the disease, and I remember that he was a very astute, a very manipulative drug addict. He gave me a serious headache. Finally, I agreed to talk to him about it. He really made me confront the issue. He said, you know doctor, you can prescribe medication if one day you wish to take your life. Why should I not have the same right as you? Finally, we managed to find common ground and that is as follows. I was in Vancouver in early November for the document on AIDS and palliative care which we are working on, and while there we met with a group of AIDS victims.



## [Texte]

Vous savez que l'affaire Sue Rodriguez a eu un effet énorme d'entraînement dans les populations des personnes vivant avec le VIH et ce, à travers tout le pays mais particulièrement en Colombie-Britannique. Il faut aussi comprendre qu'en Colombie-Britannique, le milieu communautaire est très monopolisé par le militantisme de sorte que cela donne une teinte qui n'est pas nécessairement représentative de l'ensemble de la communauté vivant avec le VIH. Je ferais un petit peu attention à ce moment. Cependant il faut comprendre aussi qu'on assiste actuellement dans notre société à un changement de paradigme par rapport à la définition de la dignité humaine par rapport à ce qui fait qu'une vie peut ou non avoir de la valeur.

Mais moi dans mon cheminement comme médecin traitant, ce que je réalise comme médecin traitant, c'est que les personnes en parlent toujours lorsqu'elles sont en bonne santé ou relativement bien. Vous savez, quelque part, on ne se voit pas en chaise roulante. On a un jour un accident d'auto, on est rendu en chaise roulante et on juge que cela peut être encore acceptable. Cependant je peux comprendre et j'admets que pour des individus que cela puisse être la volonté réelle et que c'est effectivement ce qu'ils veulent. Je ne nie pas cela chez des individus. Comme médecin, qu'est-ce que je fais avec cela?

Au fond, si on avait une loi autorisant l'aide médicale au suicide et à l'euthanasie, cela va placer un grand nombre de médecins, en leur âme et conscience, dans une situation conflictuelle entre un nouveau droit et un nouveau devoir face à un engagement moral de ne pas abandonner un patient. Quand je m'engage à suivre une personne infectée par le VIH, j'ai un contrat avec cette personne de ne pas la laisser tomber en cours de route. Qu'est-ce que je ferai le jour où je serai confronté au fait que c'est effectivement ce que la personne veut? Je vous avoue que je serai très embêté et déchiré.

**The Chairman:** I can imagine that that would be a terrible situation to face. Most of the people who have suggested safeguards have also said, if assisted suicide were legalized, that, of course, no one would ever be obliged to perform it. I think everyone understands and would agree with that.

Would you feel comfortable referring a patient to someone else if you were in that situation? I know there are doctors who will help these people in the end.

**Dr. Morissette:** I wrote the chapter on ethics in this document entitled "AIDS and Palliative Care", which will be published on April 10. I consulted with David Roy on the guidelines which we designed for health caregivers when an individual requests assisted suicide or euthanasia.

We said that in cases where an explicit or repeated request enters into direct conflict with the caregiver's moral conscience, or is in conflict with the law, they should not abandon the person but maintain the dialogue. They should express their perception of the situation, for example, the right to freedom of conscience and legal constraints. They should seek the advice of a trustworthy colleague.

## [Translation]

As you know, the Sue Rodriguez case has had a tremendous impact on people living with HIV throughout Canada, but especially in British Columbia. It must also be understood that the AIDS/HIV community in British Columbia is very much monopolized by some of its more militant members and this paints a picture that is not necessarily representative of the AIDS/HIV community as a whole. I would be cautious in this regard at the moment. However, it must also be understood that we are currently witnessing in our society a paradigm shift in terms of the definition of human dignity in relation to what gives life value.

However, in my experience as an attending physician, what I have come to realize as an attending physician, is that people always speak about this when they are in good health or in relatively good health. We cannot see ourselves in a wheelchair, but one day, we are in a car accident and end up in a wheelchair and then we feel that this can still be acceptable. However, I can understand and I concede that for some people this may be a genuine desire, what they in fact want. I do not deny that this is the case for some people. But as a physician, how should I respond to this?

Basically, if we had a law that allowed medically assisted suicide and euthanasia, this would place many physicians, as a matter of conscience, in a conflict situation between a new right and a new duty vis-à-vis a moral commitment not to abandon a patient. When I undertake to follow a person infected with HIV, I have a contract with that person to stay with them until the end. What will I do the day I am confronted with the fact that this is indeed what the patient wants? I confess that I would find this a very disturbing and wrenching situation.

**La présidente:** Je puis imaginer que ce serait une situation très difficile à vivre. La plupart des gens qui ont proposé des mesures de protection ont aussi dit que, si le suicide assisté était légalisé, personne, bien sûr, ne serait obligé de s'adonner à cette pratique. Je crois que tout le monde comprend et je suis d'accord avec cela.

Vous sentiriez-vous à l'aise de renvoyer un patient à quelqu'un d'autre si vous vous retrouviez dans cette situation? Je sais qu'il existe des médecins qui consentiraient à aider ces malades à la fin.

**Le docteur Morissette:** J'ai écrit le chapitre sur l'éthique dans le document intitulé *AIDS and Palliative Care*, qui paraîtra le 10 avril. J'ai consulté David Roy au sujet des lignes directrices que nous avons mise au point pour les travailleurs de la santé lorsqu'une personne demande qu'on l'aide à se suicider ou l'euthanasie.

Nous y disons que, dans les cas où une demande explicite ou répétée entre directement en conflit avec la conscience morale du soignant, ou contrevient à la loi, ce dernier ne devrait pas abandonner la personne, mais poursuivre le dialogue. Celui-ci devrait faire connaître la perception qu'il a de la situation, par exemple, le droit à la liberté de conscience et les limites de la loi. Il devrait demander l'avis d'un collègue digne de confiance.

## [Text]

As the last item, I had said that they should refer the patient to a competent physician or organization which is willing to proceed.

After discussing this item, David Roy told me to take it out because it would not change anything. If I had been following a patient for six years and finally, at the last moment, say, "I cannot do this. I am referring you to a doctor who does do it," the doctor who got the reference would say, "Morissette, face up to your obligations or your duty."

I do not have an answer. My conscience would be torn by this demand. My mandate is a contract with that person. At the same time, I would be asked to do something my conscience tells me is not right. There are other solutions or alternatives.

In the *New England Journal of Medicine*, an interesting article was published earlier this year involving an inquiry that was conducted among physicians in the State of Washington. It found that if, as a physician, you are close to those who die, such as oncologists or haematologists, your acceptance of euthanasia and physician-assisted death is very low. If you are a psychiatrist and very intellectual and quite far removed, when you eventually become involved in such a request or demand, the acceptance is higher.

Society is not asking us to do something easy.

**The Chairman:** I do not think it is easy.

**Senator Keon:** Dr. Morissette, imagine that you had a terminal AIDS patient who was having enormous discomfort from his cutaneous lesions who could neither rest nor sleep. If he asked you for a prescription for a significant number of sleeping pills and pain pills, would you write it?

**Dr. Morissette:** No. Do you mean, in order to put an end to life?

**Senator Keon:** Not necessarily; just if he asked you for the prescription.

**Dr. Morissette:** Understanding the reason behind his request?

**Senator Keon:** What if he said to you, "Look, I do not want to be calling every day for my prescription to be renewed. Could you give me a two-week supply?"

**Dr. Morissette:** Our supply of narcotics is quite controlled. We must renew a prescription every five days. I can tell you that pharmacists are quite tight on this because they, too, are controlled.

**Senator Keon:** What if he asked you for 100 Valium?

**Dr. Morissette:** No.

## [Traduction]

En dernier lieu, j'ai dit dans ce chapitre qu'il devrait renvoyer le patient à un médecin ou un organisme compétent qui accepte de le faire.

Après en avoir discuté avec David Roy, celui-ci m'a dit de retirer ce dernier point parce que cela ne changerait rien. Si je suivais un patient depuis six ans et que finalement, au dernier moment, je lui disais: «Je ne peux faire cela. Je vous renvoie à un médecin qui le fait.» Le médecin en question dirait: «Morissette, acquitte-toi de tes obligations, fais ton devoir.»

Je n'ai pas de réponse. Cette demande me poserait un cas de conscience. Mon mandat consiste en un contrat que j'ai passé avec cette personne. En même temps, on me demanderait de faire quelque chose qui me donne mauvaise conscience. Il y a d'autres solutions ou options.

Dans le *New England Journal of Medicine* paraissait au début de cette année un article intéressant au sujet d'une enquête qui a été menée auprès de médecins de l'État de Washington. Il y est dit que si, en tant que médecins, vous êtes près de ceux qui meurent, comme les oncologues ou les hématologues, votre seuil d'acceptation de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide est très bas. Si vous êtes psychiatre, très intellectuel et très détaché, si une telle demande vous est faite, votre seuil d'acceptation est plus élevé.

La société ne nous demande pas de faire quelque chose qui est facile.

**La présidente:** Je ne pense pas que ce soit facile.

**Le sénateur Keon:** Docteur Morissette, imaginez que vous soignez un sidéen en phase terminale qui souffre énormément de ses lésions cutanées, au point où il ne peut ni se reposer ni dormir. S'il vous demandait une ordonnance pour une quantité importante de somnifères et de médicaments anti-douleur, accepteriez-vous de la rédiger?

**Le docteur Morissette:** Non. Voulez-vous dire pour mettre fin à ses jours?

**Le sénateur Keon:** Pas nécessairement; simplement s'il vous demandait l'ordonnance.

**Le docteur Morissette:** En connaissant la raison sous-jacente à sa demande?

**Le sénateur Keon:** Que feriez-vous s'il vous disait: «Je ne veux pas appeler tous les jours pour faire renouveler mon ordonnance. Pourriez-vous me donner suffisamment de médicaments pour deux semaines?»

**Le docteur Morissette:** Notre réserve de narcotiques fait l'objet de contrôle très sévère. Nous devons renouveler une ordonnance tous les cinq jours. Je peux vous dire que les pharmaciens sont très stricts à cet égard vu qu'eux aussi font l'objet de contrôles très stricts.

**Le sénateur Keon:** Que feriez-vous s'il vous demandait 100 Valium?

**Le docteur Morissette:** Je refuserais.



[Texte]

**Le sénateur Corbin:** Vous rejoignez beaucoup de mes préoccupations lors de votre présentation. Je me demande cependant si vous consentiriez à nous faire part de vos réflexions sur la question suivante. Je considère que nous n'avons pas à décriminaliser le suicide assisté.

Ma principale préoccupation sous ce rapport, ce sont les effets d'entraînement ou de répercussions négatives que cela peut avoir sur l'ensemble de la société canadienne et en particulier sur la jeunesse qui est de tous les secteurs de la société actuellement la plus fragile et où on remarque une poussée vraiment inquiétante du taux de suicide. Est-ce que vous pourriez nous faire part de votre point de vue?

**Le docteur Morissette:** Sur le suicide chez les jeunes...

**Le sénateur Corbin:** Sur les répercussions d'une législation dans le sens que je vous indiquais.

**Le docteur Morissette:** Écoutez, notre clientèle est jeune, le plus jeune de mes patients a une vingtaine d'années et cela va jusqu'à des âges d'hommes d'âge mûrs comme vous et moi. J'entends parfois de mes patients le discours suivant parce que j'accepte de parler de ces questions avec mes malades. Il faut en parler, ils veulent en parler.

Un patient me disait cet automne car on parlait de cette alternative d'une assistance au suicide, comment il voudrait que cela se passe, quand il serait rendu en fin de vie et c'est un type que je pourrais asseoir dans la salle, personne ne se douterait qu'il est infecté, il est encore en bonne santé. Sa réflexion est celle de beaucoup de gens aujourd'hui. Au fond, cela donne quoi d'être vieux et malade dans un lit d'hôpital, dans un hospice, dans une maison d'accueil, ces gens n'apportent rien à la société, cela empêche les plus jeunes de vivre.

J'entends un discours qui me dit déjà au fond que maintenant, on en est rendu à juger certaines qualités de vie comme non acceptables pour quelqu'un qui accepte encore de vivre ces étapes de vie, de leur maladie. Tout à coup, je me dis qu'on a une telle perception de la vieillesse qui est dérangeante dans notre société. Je me dis qu'il y a de plus en plus de gens qui ont cette vision des choses.

Je crois sincèrement qu'une légalisation, que ce soit pour le suicide assisté ou l'euthanasie, éthiquement, c'est à peu près la même chose, je me dis qu'on va renforcer chez un certain public, chez nos jeunes plus particulièrement qui en quelque part vivent des valeurs souvent peut-être différentes des nôtres, on vient renforcer cette perception que dans notre société, il n'y a que la jeunesse qui est importante et que le vieillissement est quelque chose d'anormal. Alors, on peut extensionner. Mais je me dis qu'en légalisant, on va lancer un message subliminal très subtil dans la société et pour moi, c'est un effet pervers.

**The Chairman:** I thank you both very much. Your presentations were extremely interesting and very helpful. I congratulate you for the wonderful work you are doing in your hospice.

**Dr. Morissette:** Thank you very much.

[Translation]

**Senator Corbin:** I share many of the concerns you raised during your presentation. However, I wonder whether you would agree to share your views with us on the following issue. I do not feel that we have to decriminalize assisted suicide.

My main concern in this regard is the negative repercussions or spillover effect which this might have on Canadian society as a whole and in particular on our young people, who, of all the sectors in society, are currently the most vulnerable and among whom there is a very disturbing increase in the suicide rate. Could you share your views on this?

**Dr. Morissette:** On suicide among young people...

**Senator Corbin:** On the repercussions of legislation along the lines I indicated.

**Dr. Morissette:** Our patients are young; my youngest patient is about twenty years old and the oldest is middle aged, like you and me. I sometimes hear the following comments from my patients because I agree to discuss these issues with them. We must talk about these issues; they want to talk about them.

This fall, one patient, because we were talking about the alternative of assisted suicide, told me how he wanted this to happen when he was in his final phase of life. This was a guy I could place anywhere in this room and no one would suspect that he was infected; he is still in good health. His views are the same as those of many people today. Basically, what is the value of being old and sick, lying in a hospital bed, hospice or nursing home? These people have nothing to offer society and are preventing younger people from living.

I hear comments which suggest basically that we have already reached the point today of judging certain qualities of life as unacceptable for someone who still accepts to endure these phases of their life, of their illness. Suddenly, I realized that our society has a disturbing perception of old age. I realized that there are more and more people who share this view.

I sincerely believe that legalization, be it for assisted suicide or euthanasia — ethically they are more or less the same thing — I believe that legalization will reinforce in some people, especially our young people whose values are perhaps often different from ours, this perception in our society that it is only youth that is important and that growing old is something abnormal. We can draw inferences from this. But I believe that by legalizing assisted suicide or euthanasia, we will be sending a very subtle, subliminal message to society, which, in my opinion, will have an insidious effect.

**La présidente:** Merci beaucoup à tous les deux. Vos exposés ont été très intéressants et très utiles. Je vous félicite du merveilleux travail que vous accomplissez dans vos services de soins palliatifs.

**Le docteur Morissette:** Merci beaucoup.

[Text]

**The Chairman:** We are pleased to have with us now Ms Janine Corbeil.

Please go ahead with your presentation.

**Mme Janine Corbeil:** Madame la présidente, madame et messieurs les sénateurs du comité spécial, je vous remercie de m'avoir invitée à témoigner sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Pour moi, il s'agit d'un témoignage plus que d'un document mais c'est un témoignage que j'assortis d'une réflexion personnelle que j'ai faite moi-même et que j'ai eu l'occasion de faire avec mon mari, Yvan Corbeil.

Cette présentation est beaucoup inspirée du cas Sue Rodriguez qui m'a touchée et je fais une présentation sur le cas que l'on peut appeler: le cas Yvan Corbeil qui était, à sa façon, un personnage bien connu aussi.

Cependant, je dois vous dire qu'Yvan Corbeil fut non seulement un personnage public ou un cas, il fut aussi mon mari. J'ai vécu avec lui pendant 32 ans, je l'ai accompagné pendant les sept ans de sa maladie. Pour moi, ce témoignage-là ne peut pas être un témoignage très factuel. En fait, j'essaie qu'il le soit mais, si parfois il y a des émotions qui montent, parce que cela m'a rappelé toutes sortes de souvenirs que de rédiger ceci, c'est une excuse que je vous présente à l'avance au cas où ma voix craquerait un peu à un moment donné.

Je vais d'abord vous présenter le cas Sue Rodriguez, c'est-à-dire dans la mesure où l'Association de la sclérose latérale amyotrophique du Québec a été interpellée par ce cas qui, d'ailleurs, fut largement médiatisé. Après, je vous parlerai de l'expérience d'Yvan Corbeil et de sa position à lui par rapport au suicide assisté.

Je me suis permis une réflexion personnelle que je retrouve, d'ailleurs, dans les propos du docteur Morissette, moins élaborée dans mon cas mais qui fait tout de même que, pour moi, il est impossible de réfléchir sur les problèmes de fin de vie sans en même temps se poser des questions sur les phénomènes de prolongation de vie et d'acharnement thérapeutique.

Je vous ai mis en annexe quelques textes dont des textes de notre bulletin à l'association. Alors, un texte qui nous parlait du cas Sue Rodriguez, un autre où il y a des réactions de nos patients, dont certains ont choisi de prolonger leur vie et dont d'autres ont décidé de procéder à une forme de suicide assisté.

Il y a aussi des textes que j'ai eu l'occasion de donner lors de colloques sur les maladies neuro-évolutives et sur les problèmes de fin de vie et de paliers de deuil. J'ai mis aussi quelques articles de journaux, ceci pour compléter la présentation.

La cause Sue Rodriguez ainsi que sa vaste médiation sont sans doute à l'origine, du moins je crois, de l'étude du projet de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté.

La maladie dont était atteinte Sue Rodriguez m'est bien connue puisque mon mari, Yvan Corbeil, en a été atteint et en est

[Traduction]

**La présidente:** Nous sommes heureux d'accueillir maintenant Mme Janine Corbeil.

Vous avez la parole.

**Mme Janine Corbeil:** Madam Chairman, honourable senators, I would like to thank you for inviting me to appear before your Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide.

What I have to say constitutes a testimony rather than a document, but it is a testimony which will I combine with some personal reflections that I have formulated on my own and that I had the opportunity to discuss with my late husband, Yvan Corbeil.

This presentation draws a great deal of inspiration from the Sue Rodriguez case, which touched me, and also from what we could call the "Yvan Corbeil case," since Yvan was also a well-known figure in his own way.

However, I must tell you that Yvan Corbeil was not only a public figure or a case, he was also my husband. I lived with him for 32 years, I was by his side during the seven years of his illness. For me, this testimony cannot be a mere recitation of facts and figures. I will try to keep it factual, but if I am sometimes overwhelmed by emotion, since writing this has brought back all kinds of memories for me, I beg your pardon in advance if my voice wavers from time to time.

I will begin by talking about the Sue Rodriguez case, insofar as this case, which received extensive media coverage, was of keen interest to the Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec (SLAQ) [Amyotrophic Lateral Sclerosis Society of Quebec]. I will then go on to discuss the experience of Yvan Corbeil and his position with respect to assisted suicide.

I have taken the liberty of expressing some personal reflections, which I find echoed in the remarks made by Dr. Morissette, although less elaborate in my case, but nonetheless, for me, it is impossible to think about the problems posed by the end of life without at the same time asking ourselves some questions about the phenomena of prolonging life and aggressive therapy.

I have submitted some other papers along with this brief, including some excerpts from our association newsletter. One talks about the Sue Rodriguez case and another describes some reactions from our members with ALS, some of whom have decided to prolong their lives while some others have chosen a form of assisted suicide.

There are also some papers that I have had the opportunity to deliver during symposiums on degenerative neurological diseases and on end-of-life problems and the stages of grieving. I have also included several newspaper articles to complete the presentation.

The Sue Rodriguez case and the extensive media coverage it has received are undoubtedly, at least I believe so, the driving force behind the consideration of a draft bill on euthanasia and assisted suicide.

I am quite familiar with the disease which afflicted Sue Rodriguez since my husband, Yvan Corbeil, was stricken with the



[Texte]

mort après sept ans de maladie. Alors, un mot sur Yvan Corbeil pour ceux qui ne le connaissent pas.

Il a été président de la SLAQ, la Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec de 1988 jusqu'à son décès. Après sa mort, j'ai assumé la présidence de cette association et après, à partir du printemps 1993, comme membre du conseil d'administration.

Je participe au comité de services à la clientèle, dans lequel comité j'ai animé de nombreux groupes de soutien à ce qu'on appelle les aidants naturels, c'est-à-dire les «caretakers». Le nom est plus connu sous le nom de «caretakers» que sont les membres des familles, les membres non atteints de la maladie. J'ai aussi participé à l'organisation de colloques sur la SLA. Le troisième colloque aura lieu, en collaboration avec l'Association canadienne de dystrophie musculaire, en avril 1995 à l'hôpital Notre-Dame de la Merci.

Je mentionne que je suis psychologue. C'est donc à ce titre que je suis là. Depuis 1988, j'ai donné des conférences comme je vous le disais tout à l'heure. Donc, cette question me préoccupe. Je vais vous donner aussi un bref rappel descriptif de la maladie pour ceux qui ne la connaissent pas et de l'impact de la cause Sue Rodriguez et de ce qui s'est passé chez nous.

Quelques mots pour rappeler la nature de la maladie qui était, jusqu'à récemment, une maladie absolument et tout à fait inconnue, la maladie dont fut atteinte Sue Rodriguez, la sclérose latérale amyotrophique que l'on appelle en français SLA et qu'on appelle en anglais «amyotrophic lateral sclerosis» ou ALS, et que l'on nomme aux États-Unis «maladie de Lou Gehrig», du nom de ce joueur de base-ball, qui est mort dans les années 40 de cette maladie.

Alors, il s'agit d'une maladie dégénérative du système nerveux central qui se caractérise par une dégénérescence progressive de la corne antérieure du noyau gris de la moelle épinière et qui entraîne, par voie de conséquence, une dégénérescence du neurone moteur, donc de la musculature de tout le corps. L'atrophie du diaphragme et des muscles thoraciques entraîne la mort par insuffisance respiratoire. Parfois aussi, les gens font une mauvaise grippe qui tourne en pneumonie mais finalement, c'est toujours l'insuffisance respiratoire qui est à la base.

L'espérance de vie après le diagnostic est de 2,8 années. Évidemment, il s'agit d'une moyenne. Il y a des gens qui vivent plus longtemps et d'autres moins.

Je précise que les fonctions corticales ne sont pas atteintes et le patient reste lucide jusqu'à la fin de sa vie. Il devient cependant rapidement quadriplégique, c'est-à-dire totalement dépendant de son environnement. Contrairement à la majorité des personnes quadriplégiques, il garde cependant sa sensibilité et il en souffre.

En d'autres mots, on ne peut pas le déposer dans un lit le soir et qu'il y reste jusqu'au lendemain matin. Il doit être tourné,

[Translation]

same disease and died from it after seven years of illness. Allow me to say a few words about Yvan Corbeil for those who do not know who he was.

Yvan was president of the SLAQ, the *Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec*, from 1988 until his death. After his death, I assumed the presidency of this association for a year and, since the spring of 1993, I have been a member of its board directors.

I participate in the *comité du service à la clientèle* and in this capacity I have organized and conducted numerous support groups for family members who are acting as caregivers. I have also taken part in the organization of symposiums on ALS. The third symposium will take place, in collaboration with the Muscular Dystrophy Association of Canada, in April 1995 at Notre-Dame de la Merci Hospital.

Let me point out that I am a psychologist. Therefore, it is in this capacity that I am speaking to you today. Since 1988, I have given a number of lectures, as I mentioned a few moments ago. Hence, this issue concerns me very much. I will also provide a brief descriptive review of the disease, for those who are not familiar with it, and of the impact of the Sue Rodriguez case and how it has affected us.

I would like to say a few words to recall the nature of the disease which afflicted Sue Rodriguez, a disease which until recently was absolutely and completely unknown. This disease is amyotrophic lateral sclerosis, or ALS, called Lou Gehrig's disease in the United States after a famous baseball player who died of ALS in the 1940s.

ALS is a degenerative disease of the central nervous system which is characterized by a progressive deterioration of the anterior horn of the grey nucleus of the spinal cord, consequently leading to degeneration of the motor neurons, and hence of the entire musculature of the body. Atrophy of the diaphragm and thoracic muscles causes death through respiratory failure. Sometimes, victims contract a bad cold or flu which progresses to pneumonia, but in the final analysis, respiratory failure is always the ultimate cause of death.

Life expectancy after diagnosis is 2.8 years. Obviously, this is an average. Some people live longer and others less.

I would like to point out that the cortical functions are not affected and the patient remains lucid right up to the end. However, he fairly quickly becomes quadriplegic, that is, totally dependent on his environment. Unlike the majority of quadriplegics, however, his sensory nerves remain intact and this adds to his suffering.

In other words, ALS suffers cannot simply be placed in a bed in the evening and remain there until the next morning. They must

## [Text]

réabré, enfin un tas de choses dont les quadriplégiques ne souffrent pas.

De plus, chez lui, la quadriplégie s'installe progressivement, ce qui implique énormément de frais pour la famille, frais d'installation, aussi urgente que coûteuse que temporaire.

Comme exemple de temporaire, je peux vous dire qu'un patient affligé de SLA peut, dans sa courte vie, avoir à changer de fauteuil roulant trois fois. Il aura un premier petit fauteuil mobile qui se plie et se met dans l'auto, un deuxième plus confortable au moment où il est assis en permanence mais il peut encore l'activer avec ses bras; un troisième fauteuil motorisé qu'il pourra actionner avec une manette, quand il a l'usage de ses mains et qui finalement devra être transformé pour être activé par une conduite céphalique.

Et finalement, en bout de ligne, souvent ce fauteuil-là doit être actionné par une espèce de moule de plâtre. Tout ceci dans un espace de vie très restreint. Donc, ce sont des équipements nécessaires et coûteux mais très temporaires, ce qui entraîne aussi de multiples paliers d'adaptation pour la personne atteinte et pour son entourage.

Je vous présente en annexe quelques articles des conférences où j'ai eu l'occasion d'élaborer un petit peu plus largement sur ces aspects.

À la suite de la cause Sue Rodriguez, la Société de la SLA a reçu un certain nombre d'appels et de demandes d'aide provenant de membres atteints de SLA ou de leur famille. L'idée, de même que les tentatives de suicide assisté de la part de personnes atteintes de SLA, qui est une maladie incurable et terminale, ne datent pas d'ailleurs de l'affaire Sue Rodriguez. Cependant, cet événement hautement médiatisé semble avoir poussé certains malades à amener sur la place publique des réflexions ou des décisions qui auparavant demeuraient du domaine privé.

Notre association considère que le suicide assisté est un geste strictement personnel qui correspond au choix de chacun et dans lequel nous n'avons pas à intervenir. Nous ne pouvons toutefois pas oublier que, pour nos malades, la fatalité de la mort est indéniable, qu'ils le savent, qu'ils en parlent parfois mais y pensent encore plus souvent et que, pour un certain nombre d'entre eux, le suicide assisté est évoqué et peut-être même choisi.

Notre rôle consiste à accompagner les personnes concernées dans le cheminement qu'une telle décision implique et à les soutenir dans la détresse et l'état démuné dans lequel cette maladie les plonge. Nous tentons d'être attentifs aux circonstances dans lesquelles se trouve la personne au prise avec la maladie. Dans certains cas, comme le docteur Morissette l'a mentionné, ce n'est pas tant le cas du suicide qui se pose, mais plutôt l'incapacité de vivre dans des conditions aussi difficiles. Améliorer ces conditions suffit parfois à chasser l'idée même du suicide et l'on observe que la personne n'en parle plus.

## [Traduction]

be turned, have their clothing changed, a whole range of things which do not affect other quadriplegics.

Furthermore, for ALS sufferers, quadriplegia sets in gradually, which creates very heavy expenses for the family, as expensive facilities must be installed on an urgent basis, although the need for them is also temporary.

As an example of temporary, I can tell you that a person with ALS may, in his short life, have to change wheelchairs three times. At first, he will use a small folding wheelchair which can be carried in the car, then another, more comfortable one when he can no longer stand but can still use his arms, and finally a third, motorized wheelchair, operated with a lever while he still has the use of his hand, but which will later have to be converted to be operated by head control.

In the final stage of the disease, the wheelchair will have to be operated by a kind of plaster mold. All of this must be done within a fairly short time. Hence, this equipment, which is necessary but expensive and quite temporary, also requires several levels of adaptation for the patient and those around him.

I have included with this brief several papers from lectures where I have had the opportunity to elaborate somewhat more on these aspects.

Since the Sue Rodriguez case, the SLAQ has received a number of calls and requests from members afflicted with ALS or their families. The idea of, as well as attempts at, assisted suicide by persons suffering from ALS, an incurable terminal disease, did not begin with the Sue Rodriguez case. However, the intense media coverage of this event seems to have prompted certain ALS sufferers to go public with thoughts or decisions which previously had remained private.

Our association feels that assisted suicide is a strictly personal action which reflects the individual's choice and in which it is not our business to intervene. However, we cannot forget that, for our members with ALS, the inevitability of death is undeniable, that they know it, that they sometimes talk about it and think about it even more often and that, for some, assisted suicide is mentioned and perhaps even chosen.

Our role consists in providing comfort and support to the individuals going through the process which such a decision entails and in trying to alleviate the distress and despair in which this disease plunges them. We endeavour to be attentive to the circumstances in which the person grappling with the disease finds himself. In certain cases, as Dr. Morissette mentioned, it is not so much the question of suicide which arises, but rather the inability to live under such difficult conditions. Improving these conditions is sometimes enough to rule out the very idea of suicide and the person does not mention it again.



## [Texte]

Dans d'autres cas, il semble que la personne se trouve face à une situation incontournable à ses yeux. Notre association offre une écoute professionnelle pour mieux aider cette personne à faire ses choix, ainsi que son entourage à les respecter.

Face au suicide assisté, les avis sont autant partagés parmi nos membres que dans le public en général. Nous tentons de donner une voix à toutes les tendances et, à cet effet, notre Bulletin a publié quelques lettres d'opinions divergentes que nous reproduisons en annexe. Dont une lettre d'un monsieur qui a choisi de prolonger sa vie et qui parle en faveur de cette option-là et une lettre d'une autre dame qui est décédée très probablement d'un suicide assisté et très brièvement d'ailleurs une jeune femme, mère de famille, qui est décédée l'été dernier et qui réagissait de façon tout opposée au monsieur qui écrit la première lettre.

Je vous parle maintenant de l'expérience d'Yvan Corbeil et de sa position par rapport au suicide assisté. Tout comme Sue Rodriguez, Yvan Corbeil était atteint de la SLA. Contrairement à celle-ci cependant, il a choisi de ne pas intervenir dans le processus évolutif de cette maladie et de la laisser suivre son cours jusqu'à la fin. Entre parenthèse, monsieur Corbeil a eu son diagnostic en 1985, il est mort 7 ans plus tard, en mars 1992. Donc il a vécu 7 ans avec cette maladie-là.

Yvan Corbeil, pour ceux qui ne le connaissent pas, était président fondateur de la maison CROP, la première maison de sondages francophone créée à Québec en 1965. Comme sociologue, il fut impliqué dans les principales études et commissions d'enquête qui eurent lieu au Canada et au Québec durant les 20 et quelques années où il fut actif à la maison CROP.

À titre d'exemple, il avait travaillé à la Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme. Il a travaillé à la Commission de l'assurance-automobile, aux études sur l'assurance-santé, et cetera.

En 1985, il fut atteint d'une forme lente de SLA. Il perdit peu à peu l'usage de ses jambes, puis de ses mains et de ses bras. Durant les cinq dernières années de sa vie, il fut littéralement emprisonné dans son corps, requérant 24 heures sur 24 l'assistance d'une autre personne pour le moindre petit geste de la vie quotidienne. En 1988, il raviva l'association moribonde qu'était la SLAQ et y déploya sa créativité et son dynamisme jusqu'à la fin de sa vie.

Il encourageait, entre autres, beaucoup des études tout à fait nouvelles et surtout pluridisciplinaires, médicales mais pluridisciplinaires, c'est-à-dire où il n'y avait pas seulement les neurologues qui étaient impliqués mais beaucoup plus d'autres spécialités médicales. Il a aussi développé une section qui était, je crois, spécifique à notre association qui est la section qui a engagé un travailleur social en permanence pour donner une aide professionnelle. Je crois que l'association du Québec est la seule à faire cela et tout ceci vient de l'inspiration d'Yvan Corbeil étant donné ses intérêts sociaux.

Il mourût en 1992, d'insuffisance respiratoire. L'évolution de la maladie entraîne, comme je le disais plus haut, une atrophie complète du diaphragme et des muscles thoraciques et par conséquent, une impossibilité de respirer. Comme le manque

## [Translation]

In other cases, it seems that the person feels there is no other way out of the situation. Our association lends a professional ear to help these individuals make their choice, and to help those around them to respect it.

On the issue of assisted suicide, opinions are as divided among our members as they are among the general public. We endeavour to represent every point of view and, to this end, our newsletter has published several letters containing divergent opinions, which are submitted along with this brief. They include a letter from a man who chose to prolong his life and who speaks in favour of this option, another letter from a woman who died, very probably as a result of assisted suicide, a very brief letter from a young mother who died last summer and who took the exact opposite point of view from the gentleman who wrote the first letter.

I would now like to talk to you about the experience of Yvan Corbeil and his position with respect to assisted suicide. Like Sue Rodriguez, Yvan Corbeil suffered from ALS. Unlike her, however, he chose not to intervene in the progress of his disease and allowed it to follow its course until the end. By the way, Yvan was diagnosed in 1985, and he died seven years later, in March 1992. Hence, he lived with this disease for seven years.

Yvan Corbeil, for those who do not know who he was, was the founding president of CROP, the first Francophone polling firm, established in Quebec City in 1965. As a sociologist, he was involved in the major studies and commissions of inquiry which took place in Canada and in Quebec during the twenty-some years he was active in the CROP firm.

For example, he worked on the Royal Commission of Inquiry on Bilingualism and Biculturalism. He worked on the automobile insurance commission, on health insurance studies, et cetera.

In 1985, he was afflicted with a slow form of ALS. He gradually lost the use of his legs, then his hands and arms. During the last five years of his life, he was literally imprisoned in his body, requiring the assistance of another person 24 hours a day for even the most insignificant activity of daily living. In 1988, he revived the SLAQ, which was moribund at the time, and devoted his creativity and energy to it right up to the end of his life.

Among other things, he encouraged a number of groundbreaking medical and, especially, multidisciplinary studies, that is, which involved not only neurologists but also many other medical specialties. He also developed a section which was, I believe, unique to our association, and which hired a full-time social worker to provide professional assistance. I believe that the Quebec association is the only one to have done this and the inspiration for this initiative came from Yvan Corbeil and his concern for social issues.

Yvan died in March 1992 of respiratory failure. As I said earlier, the progression of the disease brings about a complete atrophy of the diaphragm and thoracic muscles and consequently makes breathing impossible. Since the lack of air and oxygen

## [Text]

d'air et d'oxygène produit une sensation grandissante d'étouffement, source de souffrance et d'angoisse, Yvan a finalement accepté moins de 24 heures avant son décès, les légères doses de morphine que son médecin lui suggérait depuis déjà quelques jours.

Puisque la morphine a un effet inhibiteur sur le système respiratoire, Yvan, lui-même, le personnel médical, la famille, tous, nous étions conscients que cette morphine le soulagerait tout en empiétant sur les heures et peut-être même sur les jours qu'il lui restaient à vivre.

Certains auteurs avancent comme argument en faveur du suicide assisté que l'intervention médicale est permise au risque de raccourcir la vie dans le cas de douleur physique mais considérée comme illégale lorsqu'il s'agit de soulager la souffrance morale.

Permettez-moi de citer à ce sujet le docteur Kluge, qui est professeur de philosophie à l'Université de Victoria. J'ai inséré son texte qui est paru dans le *Canadian Medical Journal* en 1993. Je me suis permise une petite traduction de ce qui faisait l'essence de notre propos ici. Alors, il dit:

Si Rodriguez était atteinte d'une souffrance physique incontrôlable et que la dose de médicament pour soulager sa douleur était telle qu'elle risquait d'abrégé ses jours ou peut-être même de provoquer sa mort, on devrait l'en informer. Le consentement doit être un consentement éclairé.

Si Rodriguez insistait malgré tout pour recevoir cette médication, on la lui donnerait et la communauté médicale n'y verrait pas d'encoche à l'éthique professionnelle. Comment cette intervention diffère-t-elle d'une intervention de suicide assisté? Les médecins peuvent-ils vraiment croire qu'il ne s'agit pas d'une surdose provoquant la mort puisque les effets sur la longévité étaient connus à l'avance?

Quelle est donc la différence entre raccourcir volontairement la vie et tuer?

Vu sous cet angle, le cas d'Yvan Corbeil, comme celui de bien d'autres mourants, notamment les personnes en phase terminale de cancer, pourrait être considéré comme une forme de suicide assisté puisque la morphine allait de façon certaine accélérer le processus d'insuffisance respiratoire qui devait l'emporter. Précisons que dans le présent cas, contrairement à Sue Rodriguez, il ne s'agissait pas de soulager une souffrance morale mais belle et bien une importante souffrance physique. Le médecin m'avait expliqué que non seulement ses poumons manquaient d'air mais que chacune des cellules de son corps souffrait d'un manque d'oxygène et étouffait.

Yvan Corbeil ne s'est pas prononcé explicitement sur la question du suicide assisté. Pour lui, la question concernant Nancy B. n'en était pas une de suicide assisté ou d'euthanasie. Dans une entrevue accordée à *La Presse* deux mois avant sa mort, il voyait son geste comme le reflet de la vie. Un choix qu'elle a décidé de faire en accord avec sa famille et la société. Elle a le choix de poursuivre sa vie ou de laisser la place à d'autres.

## [Traduction]

produces a growing feeling of suffocation, which causes suffering and anguish, Yvan finally accepted, less than 24 hours before his death, the small doses of morphine which his physician had been suggesting to him for several days.

Since morphine has an inhibiting effect on the respiratory system, Yvan himself, his doctors, the family, we were all aware that this morphine would relieve his suffering while shortening his remaining days and perhaps hours.

Some authors advance as an argument in favour of assisted suicide that medical intervention is permitted at the risk of shortening life in cases of physical pain, but considered illegal when the goal is to relieve mental suffering.

Allow me to quote, in this regard, Dr. Kluge, who is a professor of philosophy at the University of Victoria. I inserted the following quote from his article, which was published in the Canadian Medical Association Journal in 1993.

If Rodriguez was in intractable physical pain and the amount of medication needed to alleviate it would shorten her life or even kill her outright, she would have to be told this. Informed consent would require it.

If Rodriguez were then to insist on the medication, it would be given. The medical community would not consider this unethical. How is this ethically different from physician-assisted suicide? Could physicians really claim that they were not giving an overdose, even though it was known to shorten the life of the patient?

What is the difference between knowingly shortening a life and killing?

Seen from this perspective, the case of Yvan Corbeil, like that of many other dying patients, notably terminal cancer patients, could be considered a form of assisted suicide, since the morphine would certainly accelerate the process of respiratory failure which ultimately causes death. We should point out that in this case, unlike Sue Rodriguez, it was not a matter of relieving mental suffering but genuine and severe physical suffering. The physician explained to me that not only his lungs lacked air but that every cell in his body was suffering from a lack of oxygen and "suffocating."

Yvan Corbeil did not make an explicit statement on the question of assisted suicide. In his view, the issue raised by Nancy B. was not one of suicide or euthanasia. In an interview granted to *La Presse* two months before his death, he saw her action as a reflection of life, a choice that she decided to make together with her family and society. She has the choice of continuing her life or leaving room for others.



## [Texte]

Nancy B. est une fleur qui songe à mourir pour donner naissance à une autre fleur. Ça prend du courage.

Voilà ce qu'Yvan disait. C'était sa façon métaphorique de parler de sa philosophie de la vie et de la mort.

Yvan a, de l'avis de tous, opté pour une vie pleine jusqu'à la fin. De son propre aveu, il est évident qu'il disposait de moyens financiers, psychologiques et sociaux pour le faire. Ce qui n'est pas le cas de tous les malades. Il a été, nous avons été entourés d'un réseau important d'amis et de collègues qui ont été présents et ont collaboré à beaucoup de niveaux. Je pourrais en parler longuement de cette collaboration, je pourrais écrire un livre, peut-être que je devrai le faire en reconnaissance à nos amis un jour. Permettez-moi de donner un exemple: plusieurs des articles qu'Yvan a écrit ont été des articles qu'il a dicté au cours de sa maladie qu'un de ses collègues sociologue venait enregistrer et qu'il faisait éditer après et qui ont publié ensuite.

Dans le contexte de la question du suicide assisté, il est important de tenir compte du réseau de soutien dont le malade, totalement dépendant de son environnement mais tout à fait lucide, bénéficie ou ne bénéficie pas.

Faisons une réflexion maintenant sur les techniques de prolongation de vie, l'acharnement thérapeutique et leur impact psycho-social. Il me semble impossible de réfléchir sur la question du suicide assisté et de l'euthanasie sans jeter un regard sur les techniques artificielles de prolongation de vie et sur l'acharnement thérapeutique si largement pratiqué et si banalement pratiqué, dirais-je, un peu partout. Nous parlons d'abrègement de la vie. Nous pourrions également parler de prolongation de vie, phénomène social engendré par les progrès techniques de la médecine et qui véhicule avec lui des choix existentiels aussi angoissants qu'incontournables, sans compter les coûts sociaux immenses qui s'ensuivent. De plus, un des arguments parlant en faveur du suicide assisté ou de l'euthanasie porte sur le droit de mourir dans la dignité. Quelle est la dignité de celui ou de celle qui est grabataire et confuse depuis des années et sur qui on pratique une gastrotomie pour la prolonger? Ceci se pratique régulièrement. J'ai vu des cas, d'autres en ont sûrement vus.

Quelques mois avant son décès, Yvan fut mis en face d'une option de prolongation de vie qui fut source d'angoisse non seulement pour lui mais pour tout son entourage. J'ajouterais que le personnel soignant lui-même de l'hôpital où il était, fut sérieusement interpellé par cette option qui s'offrait tout à coup à tous sans avoir été prévue. Si je me permets d'en parler, c'est que, pour moi, il semble y avoir un lien assez clair entre les besoins de suicide assisté et d'euthanasie, d'une part, et les techniques de prolongation artificielle de la vie d'autre part.

Globalement, ne s'agit-il pas d'un phénomène de contrôle de la vie par la Déesse-Science, que ce soit d'une façon en la prolongeant ou d'une autre, en la raccourcissant. En outre, plus nous aurons les moyens techniques de prolonger artificiellement la vie des personnes âgées, handicapées et grabataires, plus nous devrons réfléchir sur nos priorités sociales, économiques et morales et nous pencher sur les principes éthiques qui régissent de tels choix, de même que sur les conséquences sociales et psychologiques qui s'ensuivent.

## [Translation]

Nancy B. is a flower who dreams of dying to give birth to another flower. That takes courage.

That is what Yvan said. This was his metaphorical way of talking about his philosophy of life and death.

Yvan, as everyone would agree, opted for a full life right up to the end. By his own admission, it is obvious that he had the financial, psychological and social means to do so, which is not the case for all ALS sufferers. He was, we were surrounded by a large network of friends and colleagues who stood by us and helped out in many ways. I could talk at length about the help and support we received, I could write a book about it. Perhaps I should do so some day to acknowledge our gratitude to these friends. Allow me to cite an example: several of the articles which Yvan wrote during his illness were dictated to and recorded by one of his sociologist colleagues, who then edited and published them.

In the context of the assisted suicide issue, it is important to take into account the support network which the patient, who is totally dependent on his environment but entirely lucid, does or does not enjoy.

Let us reflect for a moment on the techniques for prolonging life, aggressive therapy and their psychological and social impact. It seems impossible to consider the issue of assisted suicide and euthanasia without examining the artificial techniques for prolonging life and aggressive therapy, which are so widely and routinely practised. We speak of the shortening of life, we could also speak of the prolonging of life, a social phenomenon brought about by the technical advances of medicine, and which brings with it agonizing but unavoidable existential choices, not to mention immense social costs. Furthermore, one of the arguments in favour of assisted suicide or euthanasia is based on the right to die with dignity. What is the dignity of a person who has been bedridden and confused for years and who undergoes a gastrotomy to prolong his life? This is done regularly. I have seen some cases, I am sure that others have also.

A few months before his death, Yvan was faced with an option for prolonging his life which was a source of anguish not only for him but for all those around him. I would add that the attending medical staff at the hospital also felt compelled to seriously consider this option which suddenly and unexpectedly became available. If I take the liberty of talking about these events, it is because there seems to be a fairly clear link between the need for assisted suicide and euthanasia, on the one hand, and artificial techniques for prolonging life on the other.

From a broader perspective, are we not witnessing a phenomenon of control over life by the Goddess of Science, whether this takes the form of prolonging life or of shortening it? Furthermore, the greater our technical capability to artificially prolong the lives of the elderly, the handicapped, invalids, the more we will have to reflect on our social and moral priorities and examine the ethical principles which govern such choices, as well as the social and psychological consequences they entail.

*[Text]*

Avant le cas Sue Rodriguez, il y eut le cas Nancy B. qui fut médiatisé de façon tout aussi pancanadienne. Avant que Sue Rodriguez ne demande à la Cour suprême de modifier la section 241 du Code criminel afin qu'elle et ses semblables puissent mourir dans la dignité, Nancy B. avait dû faire une demande à la cour afin que l'on cesse de la maintenir artificiellement dans une vie qui n'en était plus une.

Le choix de prolongation de vie que l'on offrit à Yvan se présenta sous la forme d'un vendeur d'«appareils à respirer» qui, pour la modique somme de quelques milliers de dollars, offrait un moyen technique simple: celui de prolonger la vie au moyen d'un gadget tout nouveau sur le marché. Pour combien de semaines, pour combien d'années? Personne, pas même le neurologue ne pouvait répondre à cette question. Personne non plus ne savait combien d'heures par jour le malade aurait besoin de cet appareil par ailleurs fort encombrant. Qui avait réfléchi aux répercussions sur la qualité de la vie du malade et sur celle de sa famille? Encore moins, personne non plus.

À cette époque de réflexion intense pour Yvan et pour nous deux, je puis vous confier que Yvan et moi avons regretté l'époque du bon vieux temps où les gens naissaient et mouraient suivant les lois de bonne mère nature sans que nos décisions consciencieuses y interviennent tellement.

Le choix d'un respirateur artificiel introduit une dimension supplémentaire de contrôle de fin de vie: c'est une chose de refuser l'utilisation d'un appareil, ç'en est une autre de décider de le faire «débrancher» comme Nancy B. a dû le faire au su et au vu de toute la société. Théoriquement, elle aurait pu le refuser quelques années auparavant sans besoin de recours à la justice. Nous savons tous qu'il en fut autrement lorsqu'il fut question d'enlever le même appareil.

Puisque le cas d'Yvan Corbeil présente un profil et un choix de vie différent de celui de Sue Rodriguez, il est important de noter qu'il a finalement pris la décision du refus du respirateur après que son médecin soit intervenu pour le rassurer et lui dire que s'il optait pour un refus de l'appareil, elle verrait (le médecin) à l'assister et à lui fournir les moyens d'alléger ses souffrances quand la fin surviendrait. Ceci rejoint beaucoup le témoignage du docteur Morissette de tout à l'heure, qui explique que les gens ont peur de souffrir et que si on leur donne les moyens de ne pas souffrir, peut-être qu'ils ont une façon différente d'envisager les choses. Jusqu'à ce moment, les intervenants du système hospitalier avaient prétendu laisser le choix au malade, mais à toute fin pratique, l'emphase était subtilement mise sur les merveilles techniques que représentait cet appareil.

Lors de colloques sur les maladies neuro-évolutives, les médecins présentent ces appareils comme une invention merveilleuse. Très bien. Il semble que dans les cas d'enfants atteints de dystrophie musculaire on porte une attention très consciencieuse et professionnelle au choix que fera l'enfant quand le moment sera venu pour lui de décider de la prolongation ou de la terminaison de sa vie. Il semble que l'on évalue également les ressources de la famille qui aura à supporter cette prolongation. On n'entend jamais parler, et je serais portée à croire que l'on

*[Traduction]*

Before the Sue Rodriguez case, there was the Nancy B. case, which also received extensive media coverage across Canada. Before Sue Rodriguez asked the Supreme Court to amend Section 241 of the Criminal Code so that she and others in similar situations could die with dignity, Nancy B. had had to appeal to the courts to get her doctors to stop artificially keeping her alive, in a life which had ceased to be meaningful.

The option of prolonging life which was offered to Yvan took the form of a salesman for "breathing machines" which, for the modest sum of several thousand dollars, offered a very simple technical solution: prolonging life by means of a brand new gadget on the market. For how many weeks or years? No one, not even the neurologist, could answer that question. Nor did anyone know how many hours a day the patient would need this very unwieldy machine. Who had given any thought to the repercussions on the quality of life of the patient and his family? Even less thought had been given to this by anyone.

During this time of soul-searching for Yvan and for both of us, I can tell you that Yvan and I regretted the passing of the good old days in which people were born and died according to the laws of Mother Nature without our conscious decisions having much affect on the outcome.

The option of an artificial respirator introduced an additional dimension of control over the end of life: it is one thing to refuse to use a piece of equipment, it is another to decide to have it "disconnected" as Nancy B. had to do, with all of society looking on. Theoretically, she could have refused it several years earlier without needing to appeal to the courts. We know that it was quite a different matter when it came to disconnecting the same piece of equipment.

Since the Yvan Corbeil case presents a life situation and life choices which are different from the Sue Rodriguez case, it is important to note that he finally decided to refuse the respirator after his doctor reassured him and told him that if he opted to refuse the machine, she — the doctor — would assist him and provide the means of alleviating his suffering when the end came. This echoes much of the testimony given a little while ago by Dr. Morissette, who explained that people are afraid of suffering and if they are given the means to avoid suffering, perhaps they will look at things differently. Up to this time, the hospital staff had claimed to leave the choice to the patient, but for all intents and purposes, the emphasis was subtly placed on the technical wonders which this machine represented.

During symposiums on degenerative neurological diseases, the physicians presented these machines as a marvellous invention. Very well. It seems that in the case of children suffering from muscular dystrophy, very conscientious and professional attention is paid to the choice that the child will make when the time comes for him to decide about prolonging or terminating his life. It seems that they also evaluate the resources of the family which will have to bear the burden of prolonging life in this manner. One never hears discussed, and I am inclined to believe that little



## [Texte]

s'en soucie guère de l'impact à long terme sur la fratrie, sur la vie du couple, sur la vie de la famille en général, de ces prolongations de vie. Un médecin me confiait qu'un parent lui avait dit: Mais docteur vous m'aviez dit qu'il me restait deux ans de sentence, vous venez de m'annoncer qu'il m'en reste sept. Donc, un parent avait appelé cela: «une prolongation de sentence». Avoir un enfant qui est atteint de dystrophie musculaire et qui est déjà handicapé depuis l'âge de trois ans, qui a neuf ans et qui est en fauteuil roulant et qui normalement doit mourir à 18-20 ans, c'est très différent de penser que l'on va avoir cinq ans de plus dans la famille un être humain totalement dépendant de son environnement. Les moyens techniques ne pensent pas toujours à ces aspects-là.

Comme psychologue nous rencontrons parfois dans nos bureaux de ces anciens enfants qui ont eu le malheur dans leur jeunesse d'être l'enfant normal de la fratrie, c'est-à-dire, celui ou celle dont on s'occupait peu ou pas et qui devait payer tous les jours le privilège d'être en santé. Ça peut être l'exemple d'un enfant qui a un frère malade qui requiert toute l'attention de maman et toutes les finances de la famille et l'enfant se force pour avoir des belles notes à l'école, présente son bulletin à maman et maman lui dit: Toi, ce n'est pareil, tu es en santé alors va te laver et laisse nous tranquille. Il y a des histoires de vie comme cela, quand il y a un malade dans une famille toute l'énergie est centrée sur ce malade et souvent au prix de la famille et, à mon avis, ceci n'est pas évalué encore.

Il semble banal de dire que nous vivons dans une société qui a développé une phobie de la mort. Nous connaissons tous des personnes très âgées que l'on rafistole morceau par morceau à des coûts exorbitants pour la société et trop souvent au prix d'une qualité de vie envolée depuis longtemps. Il y a aussi des institutions où l'on prolonge presque sans fin des personnes qui sont depuis longtemps grabataires. Ce sont des malades qui souvent sont confus, exigent donc peu et constituent, il faut bien le dire, du «low cost» pour administrateurs astucieux. Cela est aussi une dimension. Si l'un des arguments en faveur du suicide assisté parle du droit de mourir dans la dignité, il faudra non seulement définir mais en arriver à un consensus minimal sur ce que l'on entend par mourir dans la dignité.

En conclusion, l'euthanasie et le suicide assisté posent la question fondamentale de la qualité de la vie non seulement pour les personnes atteintes et pour leur entourage immédiat mais aussi ultimement, pour l'ensemble de la société dans les priorités qu'elle se donne. L'an dernier et récemment, deux personnes âgées ont décidé de mettre fin à leurs jours après avoir demandé que l'on publie dans les journaux la lettre qui expliquait leur choix. Dans les deux cas, ces personnes ont parlé de la qualité de la vie qu'elles n'avaient plus, et surtout de leur philosophie de la vie, de leur amour des êtres humains et de leur souci de ne pas encombrer des lits d'hôpital nécessaires à des gens plus utiles qu'eux.

Le choix de Sue Rodriguez était un choix personnel qui se rattachait sûrement à son histoire, à ses croyances et à sa

## [Translation]

concern is devoted to it, the long-term impact of these extensions of life on the patient's brothers and sisters, on the couple's married life, on family life in general. A doctor confided to me that a parent had told him: "But doctor, you told me that the sentence would be over in two years, now you tell me it will be seven more years." Hence, one parent called this an "extension of sentence." Having a child with muscular dystrophy, who has already been handicapped from the age of three, who is nine years old, confined to a wheelchair and would normally be expected to die at around age 18-20, is very different from thinking that the family is going to have to cope for another five years with a person who is totally dependent on his environment. Where medical technology is concerned, thought is not always given to these aspects.

As psychologists, we sometimes encounter in our offices patients who had the misfortune in childhood of being the "normal child" in the family, that is, the one to whom little attention was paid and who often had to pay the rest of his life for the privilege of being healthy. This could be the example of a child who has a sick brother who requires all of mommy's attention and all of the family's financial resources. The healthy child tries to get good marks at school, shows his mother his report card and she tells him: "It's not the same for you, you're healthy, now go get washed and leave us alone." There are life histories like that, in which a sick family member monopolizes all of the family's energy, often to the detriment of the other members of the family. In my opinion, this has not yet been taken into account.

It seems a truism to say that we live in a society which has developed a phobia of death. We all know some of these very elderly people who are "patched up" piece by piece at exorbitant cost to society and too often at the price of a quality of life which has long since vanished. There are also institutions where they prolong almost without end the lives of individuals who have long been helpless invalids. These patients are often confused, demand very little and, to put it bluntly, therefore represent low cost for astute administrators. This is another dimension. If one of the arguments in favour of assisted suicide speaks of the right to die with dignity, we must not only define but arrive at a minimal consensus of what it means to die with dignity.

In conclusion, euthanasia and assisted suicide raise the fundamental issue of the quality of life, not only for the afflicted and their immediate family but also, ultimately, for society as a whole in the priorities it sets. Last year and recently, two elderly persons decided to end their lives after requesting that the letter explaining their choice be published in the newspapers. In both cases, these persons spoke about the quality of life they no longer enjoyed, and especially about their philosophy of life, of their love for their fellow human beings and their wish not to tie up hospital beds needed by people more useful than they.

Sue Rodriguez' choice was a personal one which surely had much to do with her background, her beliefs and her philosophy

[Text]

philosophie de la vie et de la mort. Yvan Corbeil croyait à une vie dans l'au-delà et n'a jamais été un homme qui optait pour les méthodes violentes.

Cependant, au-delà de ces différences, il ne faut pas oublier l'immense soutien familial et social dont Yvan a bénéficié tout au long de sa maladie. De plus, dois-je ajouter, il était un homme, elle était une femme. À l'Association nous avons remarqué que les femmes sont plus soucieuses que les hommes de l'impact de leur maladie sur leur entourage, et, à ce titre, désirent mourir plus vite.

Une dernière remarque, la transformation spirituelle dont on parle dans les fins de vie, d'après les recherches, est possible suivant certaines conditions. Une des conditions, c'est que les gens soient entourés, qu'ils ne soient pas seuls, et une autre des conditions c'est qu'ils ne souffrent pas physiquement.

Donc le cheminement spirituel requis pour une fin de vie exige que les gens ne souffrent pas physiquement, qu'ils ne soient pas comme des bêtes en souffrance. C'est important. J'aurais aimé ajouter quelque chose aux propos du docteur Morissette qui m'ont fait beaucoup réfléchir et que j'ai trouvés très intéressants sur ce qu'on pourrait appeler une autre définition de l'héroïsme.

Il y a l'héroïsme qui a été décrit dans l'histoire où les grands héros masculins sont des guerriers qui se sont vaillamment battus pour la patrie et il y a aussi une nouvelle littérature qui parle de l'héroïsme de l'humble quotidien.

Je pense au docteur Boutin qui a été un personnage héroïque et qui a tenu à publier le choix qu'il a fait de son décès. C'est le personnage héroïque à la façon que j'appellerais masculine.

Je pourrais parler de l'héroïsme au féminin qui concerne les infirmières, les femmes et tous les gens qui ont soin des personnes âgées, les malades et même les malades eux-mêmes comme Yvan qui accepte de vivre pendant un certain nombre d'années dans un état de diminution et de vulnérabilité extrêmes. Je vous remercie de votre attention.

**Le sénateur Beaudoin:** Je vous remercie madame de votre témoignage très intéressant. J'aurais une question précise à poser sur le suicide assisté. Vous dites que c'est le choix de chacun et dans lequel nous n'avons pas à intervenir. Est-ce que je dois comprendre que vous suggérez que l'on décriminalise ce qui est actuellement prévu au Code criminel, c'est-à-dire le cas de Sue Rodriguez et le cas de l'euthanasie? Est-ce que vous faites une différence entre les deux: le suicide assisté et l'euthanasie. Actuellement, la Cour suprême a décidé à cinq juges contre quatre que le suicide assisté va à l'encontre du Code criminel canadien. C'est une décision extrêmement serrée.

Est-ce que je dois comprendre que c'est ce que vous suggérez pour le suicide assisté et si oui, est-ce que c'est la même chose pour l'euthanasie.

**Mme Corbeil:** Si on me demandait de passer une loi, ce que je déciderais, je ne le sais pas. La loi n'est pas ma spécialité. C'est une question très délicate. Je ne suis pas certaine qu'à l'heure actuelle je voudrais qu'on donne au corps médical le

[Traduction]

of life and death. Yvan Corbeil believed in life after death and was never a man who opted for violent methods.

However, beyond these differences, we must not forget the tremendous family and social support he enjoyed throughout his illness. Furthermore, I should add, he was a man, she was a woman. At the association, we have noted that women are more concerned than men about the impact of their disease on those around them, and, therefore, wish to die more quickly.

I would like to make one final remark. The spiritual transformation in the final stages of life which has been talked about, is possible under certain conditions, according to research. One of the conditions is that the dying person has people around him, that he is not alone, and another condition is that he is not suffering physically.

Hence, the spiritual journey in the final days of life requires that people are not suffering physically, that they are not like suffering beasts. This is important. I would have liked to add something to the remarks made by Dr. Morissette, which provided me with much food for thought and which I found very interesting, about what could be called another definition of heroism.

There is the heroism that has been described in history, where the great male heroes are warriors who fought valiantly for their country and there is also a new literature which speaks of the heroism of humble, ordinary people.

I think of Dr. Boutin, who was a heroic figure and who was determined to make public the choice he made about his death. This is what I would call a heroic figure in the masculine model.

I could talk about the feminine model of heroism which concerns the nurses, the wives and all those who care for the elderly, the sick and even the patients themselves, like Yvan, who put up with living for a number of years in a state of extreme diminishment and vulnerability. Thank you for your attention.

**Senator Beaudoin:** Thank you, Madam, for your very interesting presentation. I have a specific question to ask about assisted suicide. You say that it is the individual's choice and we have no business intervening in it. Am I to understand that you are suggesting that we decriminalize the current provisions in the Criminal Code, that is, the Sue Rodriguez case and the case of euthanasia? Do you make a distinction between the two: assisted suicide and euthanasia? Currently, the Supreme Court has ruled, five to four, that assisted suicide is contrary to the Canadian Criminal Code. That is an extremely close decision.

Am I to understand that this is what you suggest for assisted suicide and if so, is it the same thing for euthanasia?

**Ms Corbeil:** If I were asked to pass a law, I don't know what I would decide. The law is not my specialty. This is a very sensitive issue. I am not certain that at the present time I would want to give the medical profession such sweeping power over life and



*[Texte]*

pouvoir de vie ou de mort autant que cela. Cependant, quand je parle de choix personnel, je parle de choix de vie, d'orientation spirituelle, c'est une option de chacun de croire à la vie dans l'au-delà ou non. Cela m'apparaît hautement individuel.

Ma philosophie de la vie et de ce qu'est la vie après la vie, ma philosophie de l'espace que j'ai le droit de prendre dans cette société et dans cet environnement m'apparaît quelque chose qui est de l'ordre du choix individuel. De là à dire, est-ce qu'on doit décriminaliser? Peut-être mais sûrement avec beaucoup de nuances. Je ne sais pas trop comment.

**Le sénateur Beaudoin:** Je peux comprendre cela. Vous faites évidemment une différence entre le cas de Nancy B. qui est actuellement acceptée par la jurisprudence canadienne et qui pourrait même être légalisée si on voulait et le cas de Sue Rodriguez qui actuellement donne lieu à beaucoup de débats assez considérables.

Actuellement, c'est dans le Code criminel et la question est de savoir si cela doit rester dans le Code criminel. Je fais une distinction entre les deux parce que dans le cas de Nancy B. c'est un débranchement d'appareils. C'est une intervention d'une autre personne.

**Mme Corbeil:** Oui.

**Le sénateur Beaudoin:** Est-ce que vous appliquez les mêmes principes.

**Mme Corbeil:** Je ne sais pas si c'est moi qui les applique mais je me souviens que dans le cas de Nancy B. il a fallu qu'un juge se prononce en faveur.

**Le sénateur Beaudoin:** Le juge a dit oui.

**Mme Corbeil:** Oui, l'autre, c'est un degré plus loin où il s'agit d'intervenir violemment, je dirais directement, contre un processus en cours. Est-ce qu'on doit décriminaliser cela. Je ne sais pas la réponse.

**Le sénateur Corbin:** Vous avez déclaré en vous identifiant qu'en plus d'être psychologue vous avez donné une conférence sur les aspects psycho-sociaux de la SLA et sur les paliers multiples de deuil qui sont l'un des enjeux majeurs de l'évolution de cette maladie.

Sans m'en tenir au SLA comme tel, c'est une préoccupation qui mérite de retenir notre attention au comité, est-ce que le deuil se déroule différemment pour les personnes et là je m'adresse à votre expérience élargie en tant que psychologue, est-ce que le deuil se résorbe différemment pour l'entourage d'une personne qui se suicide par rapport à une personne qui meurt de façon naturelle. Est-ce que vous pourriez éclairer notre lanterne à ce sujet?

**Mme Corbeil:** Si on parle de suicide dans le sens d'une mort brutale, les recherches démontrent qu'il y a des différences pour les endeuillés dans la façon de vivre un deuil suivant que le conjoint a souffert d'une maladie longue ou rapide comme un infarctus ou un accident d'autos. Le suicide ajoute une dimension encore plus dramatique.

*[Translation]*

death. However, when I talk about personal choice, I am talking about choice of life, spiritual orientation, everyone is free to believe in a hereafter or not to believe. This strikes me as a highly personal choice.

My philosophy of life and of life after death, my philosophy of the space that I have the right to occupy in this society and in this environment strikes me as something that falls within the sphere of individual choice. Does that mean that we should decriminalize? Perhaps, but certainly with great care. I do not really know how we should go about it.

**Senator Beaudoin:** I can understand that. You obviously make a distinction between the case of Nancy B., which is currently accepted by Canadian case law and which could even be legalized if we wished, and the case of Sue Rodriguez, which is currently giving rise to fairly heated debate.

Currently, it is in the Criminal Code and the question is whether it should remain in the Criminal Code. I draw a distinction between the two because in the case of Nancy B., we are talking about disconnecting equipment. It is an intervention by another person.

**Ms Corbeil:** Yes.

**Senator Beaudoin:** Do you apply the same principles?

**Ms Corbeil:** I do not know if it is I who apply them, but I recall that in the case of Nancy B. a judge had to rule in favour.

**Senator Beaudoin:** The judge said yes.

**Ms Corbeil:** Yes, the other case goes a degree further in that it involves intervening violently, I would say directly, against a process under way. Should this be decriminalized? I don't know the answer.

**Senator Corbin:** You stated, when you introduced yourself, that in addition to being a psychologist, you have lectured on the psychological and social aspects of ALS and on the various stages of grieving which are one of the major factors in the progression of this disease.

Without limiting the discussion to ALS as such, it is a concern which deserves to receive the committee's attention. Is the grieving process different for people, and I am appealing to your broader experience as a psychologist, is grief coped with differently by the family and friends of someone who commits suicide compared with someone who dies a natural death? Could you shed some light on this subject?

**Ms Corbeil:** If we speak of suicide in the sense of a brutal death, the research shows that there are differences for the griever in the way grief is experienced depending on whether the spouse suffered from a lengthy illness or died suddenly from a heart attack or a car accident. Suicide adds an even more dramatic dimension.

*[Text]*

Il est plus difficile pour les gens de vivre un deuil dans le cas d'une mort brutale, brusque, non prévue parce que dans le cas d'une mort prévue, les gens vivent des deuils. Ils savent à l'avance et se préparent.

C'est très différent que d'embrasser sa femme un matin et qu'elle aille se faire faucher sur le coin de la rue un quart d'heure plus tard. C'est un choc auquel les gens ne sont pas préparés. C'est un élément de la réponse à votre question.

Le suicide produit chez les gens qui restent énormément de culpabilité. Bien entendu, je ne parle pas du suicide assisté. Je parle du suicide en général. Si un enfant se suicide, si un parent se suicide, si un conjoint se suicide, il y a non seulement la dimension de la perte mais aussi de la culpabilité immense que les gens vivent. Qu'est-ce que j'aurais dû faire et que je n'ai pas fait? Il y a une culpabilité terrible. Est-ce que vous me parliez de façon spécifique du suicide assisté?

**Le sénateur Corbin:** Ou du suicide assisté dans le contexte que nous examinons.

**Mme Corbeil:** Si j'écoute rétrospectivement les gens que j'ai rencontrés dans mon bureau et ce que moi-même j'ai vécu, il est important que les gens aient l'assurance que le choix a été fait par le malade lui-même et non par son entourage. C'est d'une importance primordiale. Il faut que ce soit le choix du malade.

**Le sénateur Corbin:** Et que cela ne soit pas le concours de circonstances familiales qui l'aie poussé à cette option. C'est ce que vous me dites.

**Mme Corbeil:** La personne qui choisit de mourir, le fait dans un contexte. Personne ne vit dans un vacuum. Je pense que Sue Rodriguez n'était pas entourée, appuyée comme d'autres peuvent l'être. Cela a peut-être contribué à sa décision.

Donc cette décision et je ne suis pas en train de dire que les femmes pensent plus au suicide assisté mais elles pensent plus à mourir que les hommes. Elles sont plus préoccupées de l'impact sur leurs enfants et sur leurs familles que les hommes, semble-t-il, d'après nos données.

Donc la décision du suicide assisté comme n'importe quelle décision se place dans un contexte de vie. Elle n'est pas indépendante d'un contexte de vie. Ceci dit, une personne peut décider qu'elle veut partir parce qu'elle ne veut pas détruire les finances familiales, détruire ses enfants et c'est sa décision et non une pression de l'environnement.

C'est un peu comme les recherches sur l'avortement. On a trouvé que l'avortement n'était pas nocif où était moins nocif dans les cas où les femmes quelque soit leur âge ou leur condition, avaient pris une décision à elle et non imposée par les parents ou le milieu social. C'est important pour les gens qui restent qu'ils aient l'impression que ce ne sont pas eux qui ont décidé cela.

Quand il a été question de morphine pour Yvan, il s'agissait de doses infimes, c'est le centième des doses qu'on peut donner à un cancéreux, vraiment rien, deux milligrammes. Mais je n'aurais jamais été capable moi-même de décider s'il fallait qu'il en ait. Il fallait que cela vienne de lui-même. Cela ne pouvait pas

*[Traduction]*

It is more difficult for people to cope with grief in the case of a sudden, unexpected death, since in cases where death was expected, people are already experiencing grief. They know in advance and prepare themselves.

It is very different when you kiss your wife in the morning and she is run over and killed on the corner 15 minutes later. This is a shock for which people are not prepared. This is a partial answer to your question.

Suicide leaves a great deal of guilt among those who are left behind. Of course, I am not speaking of assisted suicide. I am talking about suicide in general. If a child, a parent or a spouse commits suicide, there is not only the dimension of loss but also the tremendous guilt which people experience. What should I have done that I didn't do? There is terrible guilt. Were you asking me specifically about assisted suicide?

**Senator Corbin:** Or assisted suicide in the context which we are examining.

**Ms Corbeil:** If I think back to what people have told me in my office and to what I myself have experienced, it is important that people have the assurance that the choice was made by the patient himself and not by the people around him. This is essential. The choice must be made by the patient.

**Senator Corbin:** And that it was not the combination of family circumstances which drove him to that option. That is what you are telling me?

**Ms Corbeil:** A person who chooses to die, does so in a context. No one lives in a vacuum. I think that Sue Rodriguez did not have people around her to provide comfort and support as others may have. This may have contributed to her decision.

Hence, this decision, and I am not saying that women think more about assisted suicide but they think more about dying than men. They are more concerned about the impact on their children and on their families than men, so it seems, according to our data.

Hence, the decision about assisted suicide, like any other decision, takes place in a life context. It is not independent of the life context. Having said this, a person may decide he wants to go because he does not want to destroy the family finances, destroy his children and it is his decision and not pressure from the environment.

It is a little like the research on abortion. It has been found that abortion did not have adverse effects or had fewer adverse effects in cases where women, regardless of their age or circumstances, had made the decision themselves and it was not imposed by their parents or their social circle. It is important for those who are left behind that they do not have the impression that it was they who made the decision.

When the question arose of giving Yvan morphine, the dose was very small, a hundredth of the dose that might be given to a cancer patient, really nothing, two milligrams. But I, myself, would not have been capable of deciding if he should receive it or not. It had to come from him. This could not come from me, even



*[Texte]*

venir de moi, même si moi je savais que ça allait le soulager. Comment peut-on intervenir dans la vie de l'autre?

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Cela n'est pas le cas Sue Rodriguez qui a déclenché cette étude, c'est un cas parmi d'autres. Je pensais à ce cas depuis plusieurs années. C'était de plus en plus à l'avant-scène de l'actualité.

Évidemment compte tenu du jugement de la Cour suprême, le cas Sue Rodriguez est important dans toutes les décisions. Comme vous le dites, il a été très médiatisé. C'est pour cela que c'est intéressant qu'on puisse entendre des représentants de l'association Lou Gehrig du Québec.

Si on avait pu l'avoir, cela aurait été bien mais en tout cas. Vous insistez beaucoup sur le fait que le contexte social est un facteur très important quant aux décisions qu'un individu peut prendre de poursuivre sa vie ou de demander une aide pour le suicide. Est-ce que vous avez observé, suite à l'affaire de Sue Rodriguez, je sais que vous en avez discuté, une augmentation à l'association de demandes pour le suicide assisté?

**Mme Corbeil:** Oui. Comment le savons-nous? Il y a plus de gens qui se sont permis de parler à haute voix de leur pensée à ce sujet. Mais nous avons eu avant le cas de Sue Rodriguez des cas de suicide assisté et des cas de suicide assisté raté aussi ce qui est fort pénible.

Je pense à certains exemples. Il y a le cas d'un jeune homme qui était très pauvre financièrement, très atteint, abandonné de sa famille. Son copain a essayé d'avoir une prescription d'un médecin. Le médecin n'a pas dû être capable de prendre une décision. Enfin bref, ils se sont faits leurs adieux. Le copain devait revenir le lendemain matin alors que celui qui était atteint de la maladie serait décédé. À son retour, cependant, il était toujours vivant dans son lit.

Ce fut une expérience traumatique épouvantable. C'est aussi un exemple non seulement de suicide assisté mais de suicide assisté par quelqu'un qui n'a pas eu la compétence d'accompagner les gens. Il leur a donné un placebo ou quelque chose comme cela. Il y a eu d'autres cas de suicide assisté qu'on soupçonne, non publicisé mais qu'on soupçonne chez nos malades avant le cas de Sue Rodriguez. Depuis le cas de Sue Rodriguez, les gens nous ont parlé de leurs préoccupations là-dessus et ils nous ont écrit des lettres qu'on a décidé de publier.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Quelle sorte d'aide l'association peut-elle donner à ces personnes?

**Mme Corbeil:** Nous avons au bureau une travailleuse sociale que nous croyons capable d'accompagner les gens, de rencontrer le malade, le conjoint et la famille et de faire un cheminement avec eux sur les raisons qui président à leur choix et aussi d'offrir de l'aide.

C'est une association bénévole qui se trouve au centre des services communautaires et souvent nous référons les gens aux CLSC pour du traitement à plus long terme ou dans des hôpitaux. Mais notre objectif est de mettre les gens en contact avec les ressources communautaires environnantes. Souvent,

*[Translation]*

if I knew that it would alleviate his suffering. How can one intervene in another person's life?

**Senator Lavoie-Roux:** It was not the Sue Rodriguez case which triggered this process, that was one case among others. I had been thinking about this case for several years. It is an issue that is receiving growing attention today.

Obviously, in light of the Supreme Court ruling, the Sue Rodriguez case is important in all such decisions. As you mentioned, it received extensive media coverage. That is why it is interesting to hear the representatives of the Lou Gehrig's disease association in Quebec.

If it had been possible, this would have been a good thing, but in any case... You place a lot of emphasis on the fact that the social context is a very important factor in the decisions that an individual may make to go on living or to request assistance in committing suicide. Have you observed, following the Sue Rodriguez affair, I know that you have discussed it, an increase in requests for assisted suicide among your association members?

**Ms Corbeil:** Yes. How do we know? There are more people who have dared to say out loud what they were thinking on this subject. But even before the Sue Rodriguez case we had cases of assisted suicide and also cases of failed assisted suicide, which is very troubling.

I am thinking of certain examples. There was the case of a young man who was very poor, whose condition had progressed to an advanced state, and who had been abandoned by his family. A friend tried to get him a prescription from a doctor. The doctor must not have been able to make a decision. To make a long story short, the two friends said their final farewells. The friend was supposed to come back the next morning, by which time the one with ALS would be dead. When the friend came back, however, he was still alive in his bed.

This was a terrible, traumatic experience. It is also an example not only of assisted suicide but of suicide assisted by someone who did not have the competence to provide comfort and support to the individuals concerned. He gave them a placebo or something like that. There have been other cases of suspected assisted suicide which have not been publicized but which are suspected among our members with ALS before the Sue Rodriguez case. Since the Sue Rodriguez case, people have talked to us about their concerns on this issue and they have written us letters which we have decided to publish.

**Senator Lavoie-Roux:** What kind of assistance can the association give to these individuals?

**Ms Corbeil:** We have a social worker in our office whom we believe is able to provide comfort and support to people, to meet with the afflicted person, their spouse and their family and to help them come to grips with the reasons behind their choice and also to offer assistance.

This is a volunteer association which operates from the community services centre and often we refer people to the CLSCs for longer-term treatment or to the hospitals. But our objective is to put people in touch with the resources in the surrounding community. In many cases, this meets their needs. Of

[Text]

cela répond à leurs besoins. Bien sûr, ils peuvent appeler une fois par jour. Ils peuvent parler à la travailleuse sociale de leurs angoisses, de leurs inquiétudes, de leurs ambivalences et tout cela. C'est une forme d'aide professionnelle d'une association pivot entre le malade et les organismes communautaires.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Dans ce contexte où le milieu environnant est tellement important, il l'a été dans le cas de votre mari, est-ce que les soins palliatifs peuvent servir? Vous n'avez pas fait cette expérience avec eux évidemment mais peuvent-ils servir de substitut à un environnement qui serait déficient pour des problèmes d'interrelation?

**Mme Corbeil:** Ce qu'il y a de fort ennuyeux avec la SLA, c'est qu'il n'y a pas de soins palliatifs possibles. La souffrance physique n'est pas assez grande. Il n'y a aucune intervention médicale, aucun traitement, aucune hospitalisation.

Nous essayons d'avoir dans des centres de soins prolongés des lits pour du répit mais c'est très sporadique et très peu appliqué encore. Donc les malades n'ont pas de soins palliatifs et la famille, je l'explique dans un autre texte, ne peut pas espérer de répit, contrairement à la majorité des maladies où il y a des hospitalisations. Quand il y a une hospitalisation, il y a un répit pour la famille. Dans le cas de la SLA, il n'y a pas de répit possible pour la famille parce qu'il n'y a pas d'hospitalisation nécessaire. Donc il n'y a pas de personnel médical non plus qui entoure le malade.

Le malade entre un jour dans le bureau du neurologue pour déficience à un bras. Le neurologue fait un examen, un e.m.g. et diagnostique une sclérose latérale amyotrophique et dit monsieur, vous allez mourir dans deux ou trois ans.

Le couple se retrouve dans la rue avec cela. Quand un malade est hospitalisé, forcément, il y a des infirmières, il y a des travailleurs sociaux, tout un personnel médical et para-médical qui entoure la maladie et qui donne au malade et à sa famille l'occasion d'avoir des soins et des soins psychologiques aussi.

Dans le cas de la SLA, cela ne se fait pas. Il n'y a rien de ce côté. Cela se fait en cabinet privé, sans hospitalisation. De plus quand les gens sont hospitalisés, il n'y a aucun hôpital à l'heure actuelle qui est capable de répondre aux besoins d'un malade atteint de SLA. Non pas qu'il ait besoin d'intervention médicale. Il a besoin d'intervention aux quarts d'heure, 24 heures par jour. Les unités de soins intensifs ne sont pas pensés en fonction de cela. Les endroits où on les retrouve le plus, c'est dans les centres de soins prolongés comme là où était Yvan mais cela leur prend des préposés, du personnel privé. Ce n'est pas l'hôpital qui peut l'offrir.

Aucun hôpital n'est équipé à l'heure actuelle pour offrir des soins de ce genre. En fait, ce ne sont pas des soins, c'est une assistance 24 heures par jour à un malade.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Dans le cas de ceux qui restent à domicile, est-ce que les CLSC vont donner les services à domicile?

**Mme Corbeil:** Ils donnent des soins. Cela dépend des régions et cela dépend des CLSC. Si l'unité de services à domicile est développée, alors, les gens ont de la chance.

[Traduction]

course, they can call once a day. They can talk to the social worker about their anxieties, their concerns, their ambivalences, and so on. This is a form of professional assistance from an association which acts as a link between the ALS sufferer and community agencies.

**Senator Lavoie-Roux:** In this context where the individual's social environment is so important, as it was in the case of your husband, is palliative care helpful? You have not had experience with this kind of care obviously, but can it serve as a substitute for an environment lacking in human relationships?

**Ms Corbeil:** What is quite distressing about ALS is that no palliative care is possible. The physical suffering is not great enough. There is no medical intervention, no treatment, no hospitalization.

We try to get beds in extended care centres, for a respite, but this is very sporadic and infrequent so far. Hence, the ALS sufferers do not receive palliative care and the families, as I explain in another paper, cannot hope for any respite, unlike the majority of diseases where patients are hospitalized. When the person is hospitalized, there is a respite for the family. In the case of ALS, no respite is possible for the family because hospitalization is not necessary. Hence, the ALS sufferer does not have medical personnel around him either.

One day the individual goes to a neurologist because of a problem with his arm. The neurologist performs an examination, an EMG and diagnoses amyotrophic lateral sclerosis and says, sir, you will die in two or three years.

The couple find themselves out on the street with that. When a person is hospitalized, obviously, there are nurses, there are social workers, there is an entire medical and para-medical staff who are there to help the patient and afford the patient and his family an opportunity to receive care and psychological support as well.

In the case of ALS, this does not happen. There is nothing like this. Everything takes place in the doctor's office, without hospitalization. Furthermore, when people are hospitalized, there is no hospital at the present time which is capable of meeting the needs of a patient with ALS. Not that he needs medical intervention. He needs care and attention every 15 minutes, 24 hours a day. Intensive care units were not designed for that. The facilities where they are most often found are extended care centres, like the one Yvan was in, but this requires private orderlies. The hospitals cannot offer this.

No hospital is currently equipped to offer this kind of care. In fact, it is not care, it is 24-hour-a-day assistance for a sick person.

**Senator Lavoie-Roux:** In the case of those who remain at home, do the CLSCs provide home care services?

**Ms Corbeil:** They provide care. It depends on the region and it depends on the CLSC. If the home care services unit is well developed, then people are lucky.



## [Texte]

Nous, dans notre cas, on a eu 42 heures/semaine. Si vous prenez 24 et le multipliez par 7, cela fait plus que cela. En tout cas, cela faisait des services gratuits offerts par le CLSC.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Il n'y a peut-être pas de données rigoureuses là-dessus, cependant, dans votre association ou au Québec, quel serait le nombre de malades actuellement atteint de la maladie de Lou Gerigh? Quelle est la proportion de personnes qui termineraient leur jour par un suicide assisté ou par l'euthanasie? Est-ce qu'il est possible d'avoir des chiffres à ce sujet?

**Mme Corbeil:** Les statistiques varient mais en gros reviennent à dire qu'il y a trois personnes par 100 000 atteintes de SLA. C'est l'incidence. Comme les gens vivent en moyenne trois ans, cela fait une prévalence de neuf personnes par 100 000. À l'heure actuelle, disons qu'il y aurait, si mes calculs sont bons, 180 personnes atteintes au Québec et peut-être 540 qui vivent à l'heure actuelle. Cela fait au pays à peu près 700 personnes atteintes de SLA.

C'est une maladie plus fréquente à la grandeur de la planète que la sclérose en plaques, par exemple, mais comme dans le cas de la sclérose en plaques, les gens vivent 30 ans, on entend parler longtemps d'eux. Ils sont là longtemps.

Dans le cas de la sclérose latérale, les gens ont le diagnostic, ils se transforment et disparaissent. Les familles sont épuisées. C'est la raison pour laquelle on en entend beaucoup moins parler.

Pour répondre à votre question sur le suicide assisté, je ne sais vraiment pas. Je n'ai pas de chiffres là-dessus. Je sais que tout le monde y pense. Je serais portée à dire que c'est la minorité des malades...

**Le sénateur Lavoie-Roux:** ...qui y ont recours.

**Mme Corbeil:** ...d'abord qui ont les moyens de le faire, qui vont trouver les ressources appropriées pour cela. Maintenant, si c'était légalisé et que c'était possible, est-ce qu'il y en a plus qui le feraient plus vite? On peut penser que oui.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Merci beaucoup, madame Corbeil.

**La présidente:** Nous allons maintenant entendre la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée.

**M. Claude Vézina, secrétaire général, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée:** Merci, madame la présidente. Mon nom est Claude Vézina. Je suis secrétaire général de la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée.

Je suis accompagné de Mme Monique Coupal qui est conseillère en service gérontologique dans la même association.

Je vais, en première partie, présenter ce qu'est notre organisme et Mme Coupal va présenter, en tant que tel, l'avis de notre fédération.

## [Translation]

In our case, we got 42 hours a week. If you take 24 and multiply by 7, it adds up to more than that. In any case, these were free services offered by the CLSC.

**Senator Lavoie-Roux:** There may not be accurate data on this, but in your association or in Quebec, how many ALS sufferers are there at the present time? What proportion of these individuals put an end to their days by assisted suicide or euthanasia? Is it possible to get figures on this?

**Ms Corbeil:** The statistics vary, but essentially there are three people afflicted with ALS per 100,000 population. That is the incidence. Since ALS sufferers live for three years on average, that makes a prevalence of nine persons per 100,000. At the present time, let us say that there are approximately, if my calculations are correct, 180 new cases of ALS a year in Quebec and perhaps 540 ALS sufferers who are living at the present time. That means that in Canada as a whole there are about 700 individuals with ALS.

It is a more common disease on a worldwide basis than multiple sclerosis, for example, but since in the case of multiple sclerosis, people live for 30 years, we hear about them for a longer time. They are around longer.

In the case of lateral sclerosis, people are diagnosed, waste away and die. The families are exhausted. That is why we hear a lot less about it.

To answer your question about assisted suicide, I do not really know. I do not have figures on it. I know that everyone thinks about it. I would be inclined to say that it is a minority of the afflicted...

**Senator Lavoie-Roux:** ... who resort to it?

**Ms Corbeil:** ... first of all who have the means to do so, who are able to find the appropriate resources for it. Now, if it were legalized and it were possible, would more people choose it more quickly? I am inclined to think so.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you very much, Ms Corbeil.

**The Chairman:** We will now hear from the Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée.

**Mr. Claude Vézina, Executive Director, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée:** Thank you Madam Chairman. My name is Claude Vézina. I am the Executive Director of the *Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée*.

I am accompanied by Ms Monique Coupal, who is an advisor in our association's gerontology service.

First, I will briefly explain who and what we are, and then Ms Coupal will outline the views of our federation.

**[Text]**

La fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée regroupe et représente 210 établissements répartis sur tout le territoire du Québec. L'ensemble de ces centres d'hébergement et des soins de longue durée héberge près de 25 000 personnes adultes et personnes âgées en perte d'autonomie. La Fédération vise la promotion et l'amélioration constante des programmes et des services cliniques et professionnels dispensés par ses membres à leurs usagers.

Il est important de souligner ici que la majorité de nos membres étaient, jusqu'à la récente réforme de la santé au Québec, réalisée en 1991, des centres d'accueil et d'hébergement. Ces établissements ont connu une transformation majeure de leur mission au cours des 20 dernières années, passant de foyers pour personnes âgées autonomes pour devenir, ces dernières années, de véritables centres de soins de longue durée pour des personnes en grande perte d'autonomie.

Dans ce contexte, la question de l'euthanasie et du suicide assisté est une question en émergence et confond de plus en plus le personnel de notre réseau. C'est pourquoi nous sommes heureux que votre comité sénatorial nous ait donné l'occasion d'entreprendre une réflexion sérieuse et structurée en cette matière, qui interpelle de plein fouet l'ensemble des principes moraux dans notre société.

Au moment présent, la majorité des personnes hébergées dans nos établissements sont âgées, et même très âgées, la moyenne d'âge étant de 82 ans. Précisons, cependant, qu'avec les changements de mission récents, nos établissements accueillent de plus en plus des personnes plus jeunes qui sont en grande perte d'autonomie due à une maladie dégénérative importante, un traumatisme crânien ou un accident cérébro-vasculaire.

Actuellement, environ 6 p. 100 de la population âgée du Québec vit en milieu d'hébergement et des soins de longue durée. La grande majorité de ces personnes décéderont en centre d'hébergement et des soins de longue durée où elles auront été accompagnées jusqu'à la fin. Ainsi, on constate un taux annuel d'admission de 30 p. 100 dans notre réseau.

Je laisserai maintenant la parole à Mme Coupal.

**Le sénateur Corbin:** Trente pour cent de quoi?

**M. Vézina:** Nouveaux cas de roulement de la population dans nos établissements. Et la majorité de ces taux d'admission sont dus à des vacances suite à des décès de notre clientèle.

**Mme Monique Coupal, conseillère, service gérontologique, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée:** Merci, madame la présidente, madame et messieurs les sénateurs.

Comme le disait M. Vézina, notre fédération se sent concernée de plus en plus par la question de l'euthanasie et du suicide assisté mais de façon aussi plus large par toutes les questions d'accompagnement de la personne mourante, de soulagement de la douleur, des soins de confort et aussi de la cessation de traitement.

**[Traduction]**

The Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée comprises and represents some 210 residential and extended care centres throughout Quebec. Together, these institutions have nearly 25,000 adult and elderly residents who require assistance in activities of daily living. The federation is constantly striving to promote and improve the clinical and professional programs and services provided by its members to their users.

It is important to point out here that most of our member institutions were seniors' homes, until the recent health care reform in Quebec implemented in 1991. These institutions have undergone a major change in their mission over the last 20 years, from homes for seniors who are able to function independently to become, over the last few years, true extended care centres for severely incapacitated individuals.

In this context, euthanasia and assisted suicide is an emerging issue and one which the staff in our network of institutions find increasingly confusing. That is why we are pleased that your Senate Committee has given us the opportunity to engage in a serious and systematic examination of this subject, which calls into question all the moral principles of our society.

Currently, most of our centres' residents are elderly and even very elderly, with an average age of 82. It should be pointed out, however, that with the recent changes in our mission, our institutions are increasingly providing care for younger adults who have become severely incapacitated due to a serious degenerative disease, head injury or stroke.

Approximately 6 per cent of Quebec's elderly population currently live in a residential or extended care centre. The vast majority of these residents will die at the institution, where they will be given supportive care and attention during their final days. Hence, the annual admission rate in our network is 30 per cent.

I will now hand the floor to over Ms Coupal.

**Senator Corbin:** Thirty percent of what?

**Mr. Vézina:** New cases in the turnover of the residents in our institutions. And most of these admissions come from beds vacated following deaths of our residents.

**Ms Monique Coupal, Advisor, Gerontology Service, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée:** Thank you Madam Chairman, honourable senators.

As Mr. Vézina said, our federation is increasingly concerned by the issues of euthanasia and assisted suicide but also more broadly by the issues of supportive care and attention for the dying, alleviation of pain, comfort care and cessation of treatment.



## [Texte]

D'entrée de jeu, on serait tenté de vous dire que lorsque l'on a fait la consultation pour rédiger ce mémoire, nous avons constaté qu'il y avait chez nos membres, parmi le personnel soignant, parmi les gestionnaires encore beaucoup d'ambiguïté et de confusion autour du sens des termes utilisés.

On parle d'euthanasie active volontaire, d'euthanasie active involontaire, d'euthanasie passive, involontaire ou volontaire, de suicide assisté, de cessation de traitement et nous pensons qu'il est primordial que ces termes soient précisés autant, au fond, pour les gens des établissements, pour les soignants, que pour la population en général.

Nous, on a été étonné de voir à quel point, même chez nos intervenants, ce n'est pas facile, on ne parlait pas toujours des mêmes choses finalement.

Il est à mentionner aussi, d'entrée de jeu, que notre réseau est à l'image de la société pluraliste dans laquelle nous évoluons. Comme M. Vézina le disait, on regroupe 210 établissements. Notre réseau est donc composé de personnes qui n'ont pas toujours les mêmes croyances, pas toujours les mêmes valeurs, les mêmes convictions en ce qui concerne la personne humaine, la vie, la mort.

C'est ce qui nous a amenés à vous présenter les enjeux, les différentes tendances, plutôt qu'une position qui serait, par exemple, la position de la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée.

Certaines personnes, certains centres commencent à peine leur réflexion alors que d'autres sont un peu plus avancés sur ces questions-là. Les avis demeurent très partagés. C'est pourquoi nous ne pouvons pas adopter une position. Alors, nous allons nous faire part des différents points de vue et nous ne sommes donc pas le porte-parole d'un point de vue unique.

Par contre, il y a peut-être un principe sur lequel tous font consensus (et vous avez dû l'entendre beaucoup depuis un an) c'est la question du soulagement de la souffrance, du soulagement de la douleur. Donc, malgré la diversité des opinions, on peut affirmer que tous nos membres font consensus sur le principe que la douleur doit être soulagée au maximum, en évitant l'acharnement thérapeutique.

En tant que fédération, nous insistons sur le fait qu'une priorité devrait être accordée au contrôle de la douleur physique et psychologique, au soulagement des personnes mourantes.

Il nous paraît surprenant, voir inadmissible finalement, qu'en 1995, il y ait encore certains médecins qui hésitent, pour toutes sortes de raisons, à prescrire des doses suffisantes pour calmer certaines souffrances que nous jugeons inutiles. Ceci par peur, soit d'accélérer le processus de la mort ou même, dans certains cas, par crainte de rendre un malade en fin de vie dépendant d'une médication.

De plus, tous s'entendent pour dire que l'acharnement thérapeutique devrait être évité à tout prix. Tout devrait toujours être mis en oeuvre pour le meilleur intérêt de la personne. Un

## [Translation]

At the outset, we might be tempted to say that during the consultation process leading up to the drafting of this brief, we noticed that there is still a great deal of ambiguity and confusion among our members, among caregiving staff, among managers, surrounding the meaning of the terms used.

One hears about voluntary active euthanasia, non-voluntary active euthanasia, voluntary and non-voluntary passive euthanasia, assisted suicide and cessation of treatment, and we believe that it is essential that the meaning of these terms be clarified, not only for institution staff and for caregivers, but for the general public as well.

We were surprised to see how difficult a task this was, even among our own members. In the final analysis, we were not always talking about the same things.

It should also be pointed out, at the outset, that our network of institutions is a reflection of our pluralistic society. As Mr. Vézina mentioned, there are 210 institutions in our network. Our network is therefore composed of people who do not all share the same beliefs and values regarding human beings, life and death.

That is why we decided to present to you the various viewpoints of our members and the issues of concern to them rather than a single position which would be the official position of the Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée.

Some people, some of our centres are just beginning to examine the issue of euthanasia and assisted suicide while for others the process is more advanced. Opinions remain divided. That is why we cannot adopt a position. We will therefore outline the various viewpoints and do not advocate a single position.

However, there is perhaps one principle on which we all agree — and you have no doubt heard this a great deal over the past year — and that is the issue of alleviating suffering, pain management. Despite the range of opinions, we can state that there is a consensus among our members on the principle that pain must be alleviated as much as possible while avoiding aggressive therapy.

As a federation, we therefore stress that priority should be given to controlling physical and psychological pain and alleviating the suffering of the dying.

We find it surprising, even unconscionable, that in 1995 some physicians still hesitate, for all sorts of reasons, to prescribe sufficient doses of medication to ease what we consider needless suffering. They do this out of fear either of accelerating the dying process or even, in some cases, out of fear of making a terminally ill patient dependent on a drug.

Furthermore, everyone agrees that aggressive therapy must be avoided at all costs. All possible action should still be taken in the individual's best interests. Another principle on which everyone

## [Text]

principe aussi qui fait l'unanimité, c'est le fait que les inconvénients d'un traitement ne devraient jamais dépasser les avantages qu'en tire la personne elle-même.

Nous insistons donc, et cela a été souligné aussi par le docteur Morissette plus tôt, sur la nécessité que les médecins et les infirmières travaillant auprès des personnes qui ont des souffrances soient bien formés et possiblement mieux formés en matière de soulagement de la douleur, de soins de confort et de soins palliatifs.

Il est certain que, compte tenu de l'évolution justement de la mission (nous étions anciennement des centres d'accueil et d'hébergement, donc avec une clientèle autonome ou semi-autonome allant maintenant en s'alourdissant) les cas de demandes d'euthanasie active volontaire ou de demandes de suicide assisté dans notre réseau sont une réalité très rare, voire marginale.

Par contre, certains soignants de nos établissements nous ont dit avoir déjà été confrontés avec cette réalité. Donc, certains d'entre eux trouvent les lois actuelles limitatives, désireraient voir le Code criminel amendé en ce qui concerne l'euthanasie active volontaire et le suicide assisté. D'autres, par contre, demeurent trop inquiets de l'étendue et de l'application d'un éventuel changement dans la loi actuelle et préféreraient voir un statu quo. Alors, il y a vraiment les deux tendances dans notre réseau d'établissements.

Pour les tenants d'un statu quo, finalement, les principales craintes qui sont exprimées quant à des abus possibles sont autour des cas de personnes malades, vulnérables, qui se sentiraient devenir un fardeau pour des proches qui pourraient possiblement être mal intentionnés et voudraient, par exemple, profiter d'un héritage plus rapidement.

Les gens nous ont aussi fait part que certaines personnes pourraient demander qu'on mette fin à leurs jours alors que, sans la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, elles n'auraient peut-être pas subi justement d'influence au niveau du contexte et auraient choisi de ne pas du tout intervenir dans le processus naturel de la mort.

Il y a un autre type de craintes qui ont été exprimées, à savoir que la possibilité d'une nouvelle loi ou règle de conduite en faveur, par exemple, d'une décriminalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté puisse finalement être appliquée de façon différente dans le réseau d'établissements, donc d'un centre d'hébergement et des soins de longue durée à un autre.

Les gens se posaient la question à savoir si certains centres pourraient s'afficher en faveur du respect, donc de la volonté de la personne et donc pourraient accepter que ces pratiques soient faites dans leur établissement par le personnel soignant, par les professionnels de la santé alors que d'autres pourraient continuer à être moralement contre une décriminalisation et refuser d'intervenir en ce sens.

Alors, les gens se demandent s'ils ne ne seraient pas confrontés à deux réseaux à ce niveau et qu'ils seraient orientés dans un centre, ou voudraient aller dans un centre plus que dans

## [Traduction]

agrees is that the disadvantages of a treatment should never outweigh the advantages which the patient derives from it.

We therefore emphasize, and this was also pointed out earlier by Dr. Morissette, the need for doctors and nurses working with suffering patients to be properly and possibly better trained in pain management, comfort care and palliative care.

It is certain that — and this is precisely because of the changes in our mission — we were previously seniors' and residential homes and hence our residents were independent or semi-independent; this has changed and our residents are now increasingly more dependent — requests for voluntary active euthanasia or assisted suicide in our network are an extremely rare, even marginal reality.

However, some caregivers in our institutions have informed us that they are already facing this reality. Consequently, some of our institutions find the current legislation restrictive and would like to see the Criminal Code amended with respect to voluntary active euthanasia and assisted suicide. Others, however, continue to be extremely concerned about the scope and application of possible changes to the current legislation and would prefer the status quo. Hence, there are really two different schools of thought in our network of institutions.

For those who advocate the status quo, the main fears that have been expressed regarding the potential for abuse focus on cases of ill and vulnerable people who might feel they are becoming a burden to their relatives, who might not have the dying person's best interests in mind, and who might, for example, be impatient to get their hands on his or her estate.

We have also been told that some people might request that their days be ended, whereas if euthanasia and assisted suicide were not legalized, they would not be influenced in this regard and might choose not to intervene in the natural process of death.

Fears have also been expressed regarding the possibility that new legislation or guidelines decriminalizing euthanasia or assisted suicide, for example, might be applied differently within the network of institutions, that is, from one residential and extended care centre to another.

People have wondered whether some centres might be in favour of respecting the resident's wishes and would therefore agree to allow these practices in their institution by caregivers, by health care professionals, while others might continue to be morally opposed to decriminalization and would refuse to intervene in this regard.

Hence, people wonder whether they might be faced with two networks in this regard and might be referred to one centre, or want to go to one centre rather than another, knowing that their



*[Texte]*

un autre, sachant que leur volonté serait réalisée alors qu'ailleurs les professionnels de la santé en place refuseraient.

Il est certain qu'en ce moment une personne a actuellement le droit de refuser un traitement ou un soin. Cette réalité peut arriver. On respectera cette volonté, on cessera alors de donner tel ou tel traitements sans pour autant cesser de prendre soin de la personne. Cette nuance est très importante.

Cependant, cela peut parfois aller plus loin et il arrive qu'une personne demande aussi que l'on cesse de l'hydrater et de la nourrir pour se laisser mourir. Ces situations peuvent se présenter en centre d'hébergement et des soins de longue durée.

Comme le disait le docteur Morissette, la volonté habituellement de la personne sera respectée, la douleur sera soulagée autant que possible jusqu'à ce que la personne décède. Cette pratique, la personne souvent décèdera si on la soulage adéquatement. Elle pourra décéder en 48 heures, deux jours, trois jours. Mais on a porté à notre attention certains cas où la cessation de tout traitement entraînait la mort souhaitée par la personne mais que le cheminement avait pu durer, par exemple, deux semaines. La souffrance a été soulagée mais tant bien que mal.

Les intervenants, face à ce genre de situation, se demandent si c'est cela mourir avec dignité. Est-ce que c'est cela mourir en douceur? Cela nous ramène aux questions à savoir où tracer la ligne de ce qui est acceptable ou non, entre le respect d'un refus de traitement clairement exprimé pour une personne en grandes souffrances psychologiques et physiques (est-ce que cela n'est pas près de l'euthanasie passive?) et l'euthanasie active volontaire et le suicide assisté pour cette même personne, sachant que, de toute façon, l'issue d'un arrêt de traitement sera inévitablement la mort de la personne qui ne pouvait se la donner elle-même.

Nous n'avons pas de réponse mais nos soignants sont en questionnement et se sentent souvent impuissants face à ce genre de situation, d'où l'ouverture pour certains intervenants à un assouplissement ou à une légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Pour plusieurs, il est inutile de vouloir conjurer la mort, de la repousser à tout prix, si cela ne fait qu'ajouter une certaine quantité de jours à une expérience de vie où la plénitude aurait déjà été atteinte. Cependant, personne d'autre que le malade lui-même n'est, à notre avis, en mesure de juger le mieux de la situation.

Certains de nos centres croient donc qu'un amendement à la loi en faveur de l'euthanasie volontaire devrait se faire pour des personnes aptes à exprimer leur volonté clairement et hors de tout doute avec l'aide, par contre, d'un comité d'éthique qui s'assurerait du jugement libre et éclairé de la personne et que tout a été fait pour soulager sa douleur physique et psychologique.

Cela ne veut pas dire que les personnes inaptes devraient être privées du même genre de droit mais les gens à ce moment-là redoublent et insistent d'autant plus sur la nécessité d'une grande prudence pour s'assurer de la valeur des volontés exprimées

*[Translation]*

wishes will be respected, while in other centres, the health care professionals would refuse to comply with their wishes.

It is certain that an individual currently has the right to refuse treatment or care. This situation can arise, in which case these wishes would be respected and a specific treatment would be halted, but without ceasing to care for the patient. This is a very important distinction.

However, this can sometimes be taken further, and there are cases where an individual also requests that he no longer be given food and fluids so that he can be allowed to die. These situations can arise in residential and extended care centres.

As Dr. Morissette said, the resident's wishes will usually be respected and the pain will be alleviated as much as possible until death occurs. This practice... the person will frequently die if pain is alleviated sufficiently. He might die in 48 hours, in two days, in three days. However, a number of cases have been brought to our attention where the cessation of all treatment resulted in death, as the resident wished, but this process lasted maybe two weeks. Attempts were made to alleviate the suffering as best as possible.

Faced with this type of situation, some of our members wonder whether this is dying with dignity. Is this dying peacefully? This brings us to the question of where we draw the line between what is acceptable and what is not, between respecting a clearly expressed refusal of treatment by an individual experiencing great psychological and physical suffering — is this not similar to passive euthanasia — and voluntary active euthanasia or assisted suicide for that same individual, knowing that the inevitable outcome of cessation of treatment will be the death of the individual who could not take his own life.

We have no answer to this question, but our caregivers are currently pondering these issues and often feel helpless when faced with this type of situation, and hence some are in favour of a relaxation of the legislation or legalization of euthanasia or assisted suicide.

For many, it is futile to seek to postpone death and to prolong life at any price if this merely adds a certain number of days to what has already been a full life. However, no one other than the patient himself is in a position to judge what is best.

Some of our centres therefore believe that the legislation should be amended to permit voluntary euthanasia for those who are able to express their wishes clearly and beyond any doubt, with the assistance, however, of an ethics committee that will ensure that the person is making a free and enlightened decision and that every step has been taken to alleviate his physical and psychological suffering.

This does not mean that those individuals incapable of expressing their wishes should be deprived of the same right, but in such cases people stress the need to be especially vigilant in ensuring the authenticity of the wishes previously expressed by

## [Text]

possiblement antérieurement par la personne ou des volontés exprimées par un représentant légal ou une personne significative au nom de cette personne.

Ces centres croient que des procédures légales accessibles devraient être maintenues pour éviter toute situation mal intentionnée ou abusive.

C'est ce qui amène les tenants d'un assouplissement à parler un peu des critères advenant une décriminalisation. Pour ces intervenants, la souffrance qui est jugée inacceptable et, par conséquent, l'euthanasie active ou le suicide assisté ne devraient être des issues possibles que si la douleur physique et la souffrance psychologique sont présentes.

Il faudrait toujours s'assurer que la personne soit atteinte d'une pathologie chronique irréversible et que sa mort soit éminente. Donc, on parle quand même de maladies en phase terminale. Il est important, compte tenu de notre réseau (comme on le disait reçoit des gens dont la moyenne d'âge est de 82 ans, et nous avons même des gens de très grand âge) que l'âge ne devrait en aucun temps intervenir comme critère au fond.

J'ajouterais aussi que ces tenants d'un assouplissement de la loi trouvent prioritaire justement qu'il y ait une souffrance qu'on a tenté de soulager au maximum. Donc, on parle encore là peut-être de l'infime partie des cas d'exception pour lesquels les soins palliatifs n'arrivent pas à réellement soulager la souffrance et la douleur.

Ces centres croient que la loi devrait protéger au maximum les personnes inaptes à s'exprimer et qu'elle devrait donner la liberté à ceux qui expriment leur volonté d'être débranchées, par exemple, de l'être, ou à ceux qui souffrent d'une maladie souffrante et débilitante de recevoir un médicament pour raccourcir une agonie qui peut s'annoncer de quelques semaines ou même de quelques mois.

Nous insistons encore une fois sur le fait que toute légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté devrait être restreinte, et donc des balises très claires devraient être établies.

En terminant, j'insisterais sur la diversité des avis et des réflexions que nous avons reçues que nous avons tenté d'exposer. Les 210 centres d'hébergement et des soins de longue durée que nous représentons ne constituent pas un ensemble homogène, un ensemble monolithique, surtout lorsqu'il est question de questions aussi importantes que celle qui nous concerne.

Un point rallie tout le monde, c'est effectivement la question du soulagement optimal de la souffrance physique et morale. Cela constitue une préoccupation fondamentale pour laquelle les gens constatent que médecins et infirmières ne sont souvent pas suffisamment formés ou sensibilisés.

Finalement, nous tenons à réitérer que tout amendement éventuel au Code criminel en faveur d'une décriminalisation de l'euthanasie volontaire ou du suicide assisté devrait être accompagné de balises juridiques et de critères rigoureux assurant une application juste et surtout humaniste de la loi. Une telle décriminalisation, finalement, devrait s'actualiser avec le plus grand des discernements.

## [Traduction]

the person or of those expressed by a legal representative or loved one on his behalf.

These centres believe that accessible legal procedures should be maintained in order to avoid any malicious or abusive situation.

This is what prompts those in favour of relaxing legislative restrictions to raise the subject of the criteria that would be applied in the event of decriminalization. In their view, suffering is unacceptable and consequently active euthanasia or assisted suicide should be options only in cases of physical pain and psychological suffering.

We must always be sure that the person is indeed afflicted with an irreversible chronic condition and that death is imminent. We are, nonetheless, talking about illnesses in the terminal phase. It is important, given the nature of our network's clientele — as we noted earlier, the average age is 82 and some individuals are very advanced in years — that at no time should age be considered a basic criterion.

I would also point out that these advocates of less restrictive legislation do in fact consider it an essential criterion that the individual is suffering and that every effort has been made to alleviate that suffering. Hence, we are again talking perhaps about the very small number of exceptions where palliative care does not effectively alleviate the suffering and pain.

These centres believe that the law should afford maximum protection to those incapable of expressing their wishes and that it should grant those who express their desire for example to be disconnected from life-prolonging equipment the freedom to do so, and to allow those suffering from a painful and debilitating illness to receive drugs to shorten the approaching agony which could last weeks or even months.

Once again, we stress that any legalization of euthanasia or assisted suicide should be limited and that clear guidelines should be established.

In concluding, I would like to emphasize the range of differing opinions and views we have received and which we have attempted to present. The 210 residential and extended care centres which our federation represents do not form a homogeneous, monolithic block, especially when it comes to opinions on issues as important as euthanasia and assisted suicide.

However, we would like to point out that alleviating physical suffering and anguish as much as possible is an issue on which we all agree. It is a basic concern and an area in which doctors and nurses are frequently not sufficiently trained or aware.

Finally, we would like to reiterate that any amendment to the Criminal Code to decriminalize voluntary euthanasia or assisted suicide should be accompanied by legal guidelines and strict criteria to ensure fair and, especially, humane application of the law. Careful judgment must be exercised in decriminalizing these acts.



[Texte]

Merci, madame la présidente.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je voudrais remercier les porte-parole de la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée.

On a eu l'occasion d'entendre beaucoup de témoignages mais vous représentez quand même un nombre considérable de patients ou de personnes, particulièrement des personnes âgées ou lourdement handicapées.

Il semblerait, d'après ce que vous nous dites, qu'il n'y ait pas d'assistance au suicide ou à l'euthanasie qui soit pratiquée d'une façon, même accidentelle, dans vos milieux. Est-ce qu'il y a, à l'intérieur de vos centres d'accueil, des comités d'éthique qui se penchent sur ces questions?

J'en ai assez visité d'hôpitaux de soins prolongés pour savoir, par exemple, qu'il y a un grand nombre de grabataires. Est-ce qu'à un moment donné ces cas-là sont discutés et comment décide-t-on d'intervenir? Est-ce que l'on dit qu'il faut laisser courir les choses puisque les gens sont là depuis 10 ans et qu'ils y seront peut-être pour 15 ans ou 20 ans? Comment est-ce que cela se passe dans les centres d'accueil?

**Mme Coupal:** Oui, certains centres se sont dotés de comités d'éthique. Ce ne sont pas la majorité. Comme je vous dis, ces débats, ces réflexions, dans certains centres, commencent et on serait même tenté de remercier le comité sénatorial, qui a pour effet de susciter la réflexion de certaines équipes à ce niveau-là.

Encore dans plusieurs de nos centres, il y a beaucoup de gens en perte d'autonomie mais qui ne sont pas nécessairement alités 24 heures sur 24. Cela demeure quand même un milieu de vie où le souhait que l'on accélère le processus de la mort est rarement manifesté. Mais, oui, certains centres commencent de plus en plus à se doter de comités d'éthique où sont discutées plusieurs questions. Par exemple, ne serait-ce que dans un continuum, peut-être, sur ces questions-là ou autour de la question de la réanimation cardiorespiratoire. C'est quand même relativement récent que, dans nos centres, systématiquement, l'on commence à demander aux gens qui sont admis, advenant des complications médicales importantes, souhaitez-vous que l'on vous réanime ou pas? On en est là dans la réflexion. Je dirais qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire dans les centres d'hébergement.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Avez-vous remarqué une augmentation de la présence de testaments biologiques ou de mandats d'incapacité et comment les utilisez-vous?

**Mme Coupal:** On n'a pas les données, à savoir combien de personnes qui sont admises dans nos centres ont, par exemple, fait ou non un mandat en cas d'incapacité. Je pense que c'est un nombre grandissant. De plus en plus de personnes hébergées demandent à compléter un mandat d'incapacité lorsqu'elles entrent au centre et qu'elles sont pour la plupart lucides et qu'elles n'ont pas de troubles cognitifs. Nous n'avons pas les données. Nos membres, en fait, ne sont pas tenus de donner ce genre de statistique-là.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Est-ce que ce serait maintenant une routine que quand les gens sont admis, s'ils n'ont pas de certificat d'incapacité, on va leur proposer d'en établir un?

[Translation]

Thank you, Madam Chairman.

**Senator Lavoie-Roux:** I would like to thank the spokesperson of the *Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée*.

We have had the opportunity to hear many witness, but you nevertheless represent a large number of patients and people, particularly the elderly and severely handicapped.

It would seem, based on what you have told us, that assisted suicide and euthanasia are not practised in any form, even accidental, in your institutions. Do your centres have ethics committees which examine these issues?

I have visited enough extended care hospitals to know, for example, that there are a large number of bedridden and invalid patients. Are these cases discussed at some point and how does one decide to intervene? Do we say that we should let nature take its course because these people have been there for 10 years and might be there for 15 or 20? How is this situation handled in these institutions?

**Ms Coupal:** Yes, some centres have ethics committees. However, the majority do not. As I have said, some centres are just beginning to examine these issues and we might even be tempted to thank the Special Senate Committee, whose proceedings have prompted some teams to think about these issues.

Again, many of our centres have a number of residents who require assistance in the activities of daily living but who are not necessarily bedridden 24 hours a day. These centres, nonetheless, remain a living environment where the desire to accelerate the process of death is rarely manifested. But yes, there is a growing trend for some centres to establish ethics committees which discuss various issues. For example, if only as part of a continuum, perhaps, on these issues or on the issue of cardiopulmonary resuscitation. It is only relatively recently that our centres have begun to systematically ask patients upon admission whether they want to be resuscitated in the event of serious medical complications. This is where we are in our reflection process. I would say that our centres still have a long way to go.

**Senator Lavoie-Roux:** Have you noticed any increase in the number of living wills and how do you use them?

**Ms Coupal:** We do not have figures on how many of the people admitted to our centres have, for example, drawn up a living will. I believe the number is increasing. More and more people are asking to prepare a living will when they enter our institutions and most of them are lucid and have no cognitive problems. We do not have the statistics. In fact, our members are not required to provide statistics of this kind.

**Senator Lavoie-Roux:** Might it now be routine practice when people are admitted to suggest that they draw up a living will if they have not already done so?

[Text]

**Mme Coupal:** Les gens reçoivent régulièrement de l'information de la part du bureau du curateur public, par exemple, sur la possibilité de faire un mandat. En général, ils seront incités et assistés pour le faire.

**M. Vézina:** J'ajouterais à cela, que cette réflexion-là commence. On mentionnait tout à l'heure que nous représentons les anciens centres d'accueil d'hébergement, les anciens foyers pour retraités. Auparavant les gens arrivaient chez nous autonomes et lorsque surgissaient des grands problèmes de santé, ils étaient transférés dans des centres hospitaliers de soins prolongés à l'époque. Aujourd'hui avec la réforme, nous représentons l'ensemble de ces établissements. Toute la réflexion avance tranquillement. De plus en plus, les établissements tentent de se doter de mécanismes et de politiques pour qu'immédiatement lors de l'admission d'une personne que le personnel soignant commence à aborder ces questions-là. Qu'est-ce que vous allez faire? Qu'est-ce que vous souhaitez que l'on fasse lorsque arrivera un épisode aigu ou un problème particulier où l'on devra intervenir de toute urgence? Comment souhaitez-vous que l'on intervienne dans ce cas-là? Toute cette réflexion commence à peine.

Ce qu'il y a d'heureux là-dedans c'est que tous ces débats sensibilisent nos propres établissements à se doter de politiques, à amorcer des réflexions et de créer des comités d'éthique pour vraiment faire face à la musique avant que les problèmes surgissent. Alors qu'auparavant, il y a plusieurs années, les gens qui décédaient dans nos établissements, décédaient en douce. Quand arrivaient des problèmes vraiment très particuliers et très urgents, ils étaient transférés dans d'autres types d'établissements comme les centres hospitaliers. Aujourd'hui ils ne sont plus transférés, cela amène nos établissements à se questionner au préalable. Comme association, on essaie d'amener nos établissements à faire cette réflexion-là et prendre les devants.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je sais que dans ces établissements il y a des unités pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, on sait que cela présente des problèmes particuliers.

Du point de vue du débat qui entoure l'euthanasie et le suicide assisté, est-ce que ces malades-là ont fait l'objet d'une réflexion particulière? J'aurais voulu que la société d'Alzheimer vienne ici mais ils ne sont pas venus. Est-ce qu'ils sont un problème particulier dans vos institutions?

**Mme Coupal:** Autour de la question de l'euthanasie et du suicide assisté, cette clientèle n'a pas fait l'objet d'une réflexion particulière. Par contre, c'est certain que quand les gens nous disent que dans le cas de personnes inaptes ou pas vraiment lucides, il faudra redoubler de prudence. C'est à cette clientèle-là, entre autres et principalement que l'on pense. La clientèle avec des troubles cognitifs est de plus en plus nombreuse dans nos centres à des degrés divers. Il y a des atteintes assez légères jusqu'à des gens vraiment complètement confus.

Je serais tentée, par contre, de vous dire que ce ne sont pas ces gens-là qui demanderaient pour la plupart que l'on abrège leurs jours. Ces gens-là justement bénéficient de soins particuliers soit dans des unités prothétiques, soit d'un plan d'intervention très

[Traduction]

**Ms Coupal:** People regularly receive information from the Office of the Public Curator, for example, on the possibility of drawing up a living will. In general, they will be encouraged to do so and assisted in this process.

**Mr. Vézina:** I would just like to add that this process of reflection and examination is only beginning. We mentioned earlier that the homes we represent were formerly homes for the elderly or seniors' homes. Previously, the people admitted to our institutions were able to function independently and when major health problems arose, they were transferred to extended care hospitals. Today, following the reform, we represent all of these institutions. The entire reflection process is progressing slowly. Increasingly, the institutions are endeavouring to establish policies and procedures so that caregiving staff immediately address these issues when a resident is admitted. What are we supposed to do? What would you have us do when an acute episode occurs or a particular problem arises and we must take immediate action? How are we supposed to react in such cases? This whole examination process has barely begun.

What is positive about all this is that these discussions are making our own institutions aware of the need to adopt policies, to begin a process of reflection and to set up ethics committees in order to really deal with these issues before problems develop. Previously, a few years ago, people who died in our institutions did so quietly, peacefully. When very specific, very urgent problems developed, they were transferred to other types of institutions, such as hospitals. Today, these residents are no longer transferred. This is prompting our institutions to address these issues beforehand. As an association, we are trying to encourage our institutions to examine these issues and to take the initiative.

**Senator Lavoie-Roux:** I know that these institutions have units for people suffering from Alzheimer's disease; we are aware that these residents present special problems.

From the standpoint of the debate surrounding euthanasia and assisted suicide, have there been any special discussions regarding this group of patients? I would have liked to see the Alzheimer's society appear before our committee, but they did not come. Are Alzheimer's patients a particular problem in your institutions?

**Ms Coupal:** As regards the issue of euthanasia and assisted suicide, we have not held any special discussions on these patients. However, we certainly must be particularly vigilant in cases involving people who are incompetent or not really lucid. This is the main group that comes to mind in this regard, although there are others. Our centres are having to cope with more and more residents who have varying degrees of cognitive impairment, ranging from people with fairly minor cognitive problems to those who are really totally confused.

However, I would be inclined to say that, for the most part, it is not Alzheimer's patients who request that their days be shortened. These residents receive special care either in special care units or through a very specific intervention plan aimed perhaps more at



[Texte]

précis pour alléger, peut-être, plus leur souffrance psychologique que leur grande souffrance physique. C'est plutôt des gens qui souffrent moralement surtout lorsqu'ils ont des moments de grande lucidité avec des moments où ils sont moins lucides. Je ne pense pas que ce soit la clientèle qui est, peut-être, le plus confrontée à vouloir abrégé sa vie.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Puisque vous parlez qu'un bon nombre d'entre elles seraient incapable d'exprimer leur désir de raccourcir leurs jours ou autrement, est-ce que je dois conclure que pour votre fédération la question du consentement, quand on pense au suicide assisté, que la question du consentement serait un élément extrêmement important dans ces décisions-là et que là où l'on ne pourrait pas l'obtenir, d'une certaine façon, cela les mettrait à côté du courant, si l'on peut parler du courant?

**M. Vézina:** Je pense que c'est la condition *sine qua non*. C'est la base de toute notre argumentation. Notre argumentation est fondée sur le respect de la volonté de la personne. Il faut nécessairement qu'elle ait exprimé ces volontés et qu'elle ait surtout été assistée dans la réflexion pour exprimer sa volonté. C'est peut-être cela qui nous impressionne le plus actuellement dans les débats. Plus on en parle, plus nos intervenants aussi sont sensibilisés à aborder ces questions-là au préalable avec la clientèle pour que l'on puisse vraiment l'aborder en toute connaissance de cause et que les personnes ne soient pas appelées à prendre une décision rapide mais plutôt qu'ils aient le temps d'y réfléchir pour vraiment exprimer clairement et librement leur choix.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Devant l'absence de la capacité de la personne d'exprimer son opinion, est-ce que vous jugeriez que la famille pourrait être utilisée comme substitut?

**M. Vézina:** La famille peut être utilisée mais avec beaucoup d'attention, compte tenu des intérêts que la famille pourrait avoir. Il peut avoir toutes sortes d'intérêts divergents et aussi on peut avoir une certaine difficulté à voir l'opinion ou le consensus dans la famille, à savoir, qu'elle est l'intérêt de la personne en ce qui concerne son maintien ou non en vie.

Je pense que dans cette question-là, on souhaite plutôt que les personnes, avant qu'ils en arrivent à des phases de confusion, puissent avoir librement fait un testament biologique pour aider la famille et le personnel clinique à prendre les dispositions nécessaires pour respecter leur volonté. Lorsque cela n'a pas été fait, à ce moment-là, il faut y aller vraiment de façon très prudente.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Souvent on a entendu ici que dans l'absence de la capacité de la personne, qu'on se réfère à la famille. Vous seriez très hésitant à ériger cela en principe?

**Mme Coupal:** Oui, comme on le dit dans notre avis, systématiquement que ces démarches soient faites avec le support d'un comité d'éthique pour vraiment vérifier la validité et la valeur des avis de la famille. Il ne faudrait pas priver, advenant un élargissement de la loi, les personnes inaptes aux mêmes droits que les personnes qui ne sont pas confuses et donc qui sont lucides. Encore faudrait-il s'assurer de ne pas laisser

[Translation]

alleviating their psychological suffering than any great physical suffering. These residents tend to suffer more from mental anguish, especially when they have moments of great lucidity as well as moments when they are less lucid. I do not believe that these residents are the group most often confronted with the issue of ending their lives.

**Senator Lavoie-Roux:** Since you say that many of them would be incapable of expressing their desire to shorten their lives or anything else for that matter, am I to conclude that for your federation, the question of consent, as regards the issue of assisted suicide, would be an extremely important factor in such decisions and that in cases where it is not possible to obtain that consent, to a certain extent, this would exclude them from the trend, if one can talk about a trend?

**Mr. Vézina:** I believe that this is an essential condition. It is the basis of our whole argument. Our argument is based on respecting the individual's wishes. The individual must therefore have expressed those wishes and, especially, have been assisted in understanding and weighing all the alternatives before making a decision. This is perhaps what strikes us as the most important issue in the debate. The more we talk about this, the more our caregivers are aware of the need to raise these issues beforehand with the residents so that we can really address them with full knowledge of the facts and so that people do not have to make a hasty decision but rather have the time to reflect so that they are truly able to express their choice clearly and freely.

**Senator Lavoie-Roux:** If an individual is unable to express his opinion, do you feel that the family could act on that person's behalf in expressing that person's wishes?

**Mr. Vézina:** The family can be used but we must be very vigilant in doing so because of the potential interests of the family members. There can be all sorts of conflicting interests and there may also be some difficulty in determining the family's opinion or a consensus as to what is in the individual's best interest in terms of whether or not his life is to be continued.

I think that as regards this issue, it would be preferable if individuals have freely drawn up a living will before they reach the stage of confusion in order to help the family and the clinical staff take the necessary measures to respect their wishes. However, if there is no living will, then one must proceed very carefully.

**Senator Lavoie-Roux:** We have frequently heard during our proceedings that if the person is incompetent, then the family is consulted regarding the decision. You would be very reluctant to establish this as a principle?

**Ms Coupal:** Yes, as we said in our presentation, these steps should be taken systematically with the support of an ethics committee in order to really ensure the validity and authenticity of the family's opinions. In the event that the law is relaxed, incompetent people should not be denied the same rights as those who are not confused and hence are lucid. We should also ensure that the family or legal representative are not given sole authority

[Text]

toute la latitude seulement à la famille ou au représentant légal. Je pense qu'il faudrait aussi une série d'autres critères et que cela soit vraiment piloté par un comité d'éthique compétent.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je vous remercie beaucoup.

**Senator Keon:** Thank you for a clear presentation which has contributed quite a lot to our hearings at this late stage as we wrap up. Certainly, there are tremendous problems in this whole area. The dilemma confronting us as regards recommendations is as follows.

On one side there are those who are terminally ill and incapacitated and they seem to lose their freedom. Many of them have lost confidence in the medical profession, in health care and in society as a whole. They feel that they are not receiving adequate care and that they do not have adequate freedom to make their own choices.

In some cases, members of the medical profession are defensive about prescribing adequate sedation, et cetera, for those in terminal states. There are people, such as those with AIDS, who feel that they should have the right to pass on whenever they choose. They feel that they are being denied this right.

On the other side of the equation is the enormous potential for abuse, if the legislation is changed. Euthanasia is something which can be difficult to control.

Do you think the present legislation is adequate or that it has to be changed? Do you think there has to be an amendment to the Criminal Code to allow more freedom to families, loved ones, friends and health care professionals in order, for example, to procure medication for somebody who wants to take more than the normal dose? At the present time, if the patient did so and expired, that would be called assisted suicide, which is a criminal act.

**Mme Coupal:** Je pense que je n'ai pas de réponse à vous donner. Comme je vous l'ai dit, dans notre réseau qui est composé de plusieurs professionnels de la santé, cela ne fait pas l'unanimité. Donc, la Fédération n'est pas placée comme représentant de cet ensemble non-homogène d'établissements pour vous dire qu'il faudrait, oui ou non amender.

Nous avons vraiment des tenants des deux options chez nos membres. Certains disent que l'on a tout ce qu'il nous faut. Il faut maintenir cela tel quel pour ne pas qu'il y ait d'abus. D'autres, se sentent pris et ont des grands questionnements éthiques par rapport aux nuances entre le respect d'un refus de traitement, donc, la cessation d'un traitement, et ce qui pourrait être, un moment donné, de provoquer de façon plus active une accélération de la mort. C'est délicat, je pense, pour nous de vous donner une réponse. Nous ne l'avons pas la réponse.

**Le sénateur Corbin:** Je vous remercie, madame la présidente. Comme je suis un sénateur de la province distincte du Nouveau-Brunswick, j'ignore de quelle façon est établi et opère les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Pouvez-vous me dire avec précision en quoi consiste un centre

[Traduction]

to make this decision. I believe that there should also be a series of other criteria and that this decision should really be guided by a competent ethics committee.

**Senator Lavoie-Roux:** Thank you very much.

**Le sénateur Keon:** Je vous remercie de votre exposé limpide qui nous aide beaucoup dans nos délibérations à cette étape finale où nous en arrivons à la conclusion. Il n'y a pas de doute que d'énormes problèmes se posent dans ce domaine. Voici le dilemme avec lequel nous sommes aux prises en ce qui concerne les recommandations.

D'un côté, il y a deux qui souffrent d'une maladie terminale et dont les facultés sont affaiblies et qui semblent perdre leur liberté. Nombre d'entre eux ont perdu confiance dans la profession médicale, dans le système de santé et dans la société dans son ensemble. Ils estiment qu'ils ne reçoivent pas les soins adéquats et qu'ils ne disposent pas de la liberté voulue pour faire leur propre choix.

Dans certains cas, des membres de la profession médicale se mettent sur la défensive lorsqu'il s'agit de prescrire des sédatifs adéquats, et ainsi de suite, pour les personnes en phase terminale. Il y a des personnes, par exemple les sidéens, qui estiment qu'elles devraient avoir le droit de mourir au moment de leur choix. Elles estiment qu'on leur refuse ce droit.

De l'autre côté de l'équation, il y a le risque énorme d'abus qu'une loi modifiée poserait. L'euthanasie est une pratique qui peut être difficile à contrôler.

Croyez-vous que la loi actuelle est adéquate ou qu'on devrait la modifier? Croyez-vous que l'on devrait modifier le Code criminel afin de donner plus de liberté aux familles, aux proches, aux amis et aux professionnels de la santé afin de, par exemple, procurer des médicaments à quelqu'un qui veut prendre plus que la dose normale? À l'heure actuelle, si le patient le faisait et mourait, on parlerait de suicide assisté, ce qui est un acte criminel.

**Ms Coupal:** I do not believe that I have an answer for you. As I said, in our network, which is comprised of many health care professionals, there is no unanimous opinion on this. Hence, the federation, as a representative of this diverse group of institutions, is not in a position to say to you that we should or should not amend the legislation.

There are really two different schools of thought among our members. Some say that we have everything we need and that we must maintain the status quo in order to prevent abuses. Others feel restricted and have serious ethical questions regarding the distinction between respecting a person's decision to refuse treatment, hence, the cessation of treatment, and what might, at a given point, more actively induce a swifter death. This is a very sensitive issue and one which I think is very difficult for us to give you an answer on. We do not have the answer.

**Senator Corbin:** Thank you, Madam Chairman. Since I am a senator from the distinct province of New Brunswick, I am not familiar with how residential and extended care centres are established and operate. Could you tell me exactly what a residential and extended care centre is? Could this, for example,



[Texte]

d'hébergement et de soins de longue durée? Est-ce que, par exemple, cela pourrait comprendre des opérations particulières, des maisons où l'on garde des personnes âgées où il n'y a pas de professionnels présents sur place mais qui peuvent se présenter à la demande des opérateurs de ces institutions? Qu'est-ce que c'est au juste ces 200 établissements?

**M. Vézina:** Nos centres d'hébergement et de soins de longue durée représentent environ 25 000 lits. Il y a un autre, à peu près, 20 000 lits de centres d'hébergement et soins de longue durée qui constituent les anciens centres hospitaliers de soins prolongés au Québec, qui étaient les hôpitaux pour malades chroniques.

**Le sénateur Corbin:** Cela existe toujours?

**M. Vézina:** Cela existe toujours, sauf qu'avec la réforme de la santé et des services sociaux et disons plutôt qu'avec l'évolution du vieillissement de la population au cours des dernières années au Québec, (d'ailleurs que l'on constate un peu partout dans le monde occidental) il y a de plus en plus de personnes qui exigent d'avoir des soins d'hébergement de longue durée et les centres d'accueil québécois auparavant accueillaient des personnes autonomes. Avec le vieillissement de la population on n'a pas créé, dans une proportion équivalente aux besoins, les places pour accueillir les clientèles qui avaient besoin de soins. Le réseau des centres d'hébergement s'est graduellement converti, au fil des années, pour accueillir tout à fait les mêmes clientèles que celles qui étaient accueillies il y a 15 ou 20 ans dans les hôpitaux de soins prolongés.

On représente actuellement le réseau qui a été en mutation au cours des 20 dernières années. Maintenant, on peut dire que depuis cinq, six ou 10 ans, on accueille à peu près les mêmes clientèles que celles qui étaient accueillies voilà 15 ans dans les hôpitaux de soins prolongés. Aujourd'hui, on est de plus en plus confrontés avec ces questions-là. Auparavant, quand quelqu'un devenait malade et perdait de l'autonomie, on la transferrait dans un hôpital de soins prolongés. Depuis environ 10 ans, on ne le fait plus. Ces gens-là restent dans nos établissements et évoluent avec leur maladie, à moins qu'il ne se produise des maladies aiguës que l'on n'est pas du tout capable de contrôler dans nos établissements. En général les gens vont vieillir, avoir des maladies chez nous et décéder chez nous.

**Le sénateur Corbin:** En quoi consiste le personnel d'un centre typique? Qui avez vous sur place au niveau professionnel, des aides, des infirmières, et cetera?

**M. Vézina:** Voilà peut-être 20 ans, c'étaient uniquement des proposés aux bénéficiaires, parce que c'étaient des gens qui faisaient le ménage, et cetera. Maintenant, ce n'est plus cela. C'est du personnel professionnel de soins infirmiers, des infirmières, des médecins, des physiothérapeutes, ergothérapeutes et de plus en plus des pharmaciens, et cetera. Maintenant les gens commandent le genre de soins qui sont fournis par ce personnel. On assiste à une professionnalisation de notre réseau.

**Le sénateur Corbin:** Vous considérez-vous comme des centres de soins palliatifs par excellence?

**Mme Coupal:** Non.

[Translation]

include special facilities, homes for the elderly which do not have any professionals on site but where professionals can be called in at the operators' request? What exactly are these 200 institutions you represent?

**Mr. Vézina:** Our residential and extended care centres account for approximately 25,000 beds. There are another 20,000 or so residential and extended care beds in institutions which were formerly extended care hospitals, i.e. hospitals for the chronically ill in Quebec.

**Senator Corbin:** They still exist?

**Mr. Vézina:** They still exist, except that with the health and social services reform or rather with the aging of the population in recent years in Quebec — a phenomenon which can be observed throughout the Western world — more and more people are requiring long-term residential care, whereas previously, the residents of Quebec seniors' homes used to be able to function independently. With the aging of the population, we have not created enough extended care beds to keep pace with demand. The network of seniors' homes has gradually been converted, over the years, precisely in order to accommodate the same types of residents who 15 or 20 years ago were placed in extended care hospitals.

We currently represent a network which has been undergoing a process of change over the past 20 years. We can now say that for the last five, six or ten years, we have been accepting the same types of residents who 15 or 20 years ago were placed in extended care hospitals. Today, we are increasingly faced with these issues. Previously, when residents fell ill and became incapacitated, they were transferred to an extended care hospital. For the last ten years or so, we have ceased to do this. These people now remain in our institutions as their condition deteriorates, unless acute conditions arise which we are totally unable to control in our institutions. In general, people will grow old, develop illnesses and die in our institutions.

**Senator Corbin:** What kind of staff does a typical centre have? Who do you have on site in terms of professionals, orderlies, nurses, et cetera?

**Mr. Vézina:** Perhaps 20 years ago, all we had were attendants and housekeeping staff, et cetera. This is no longer the case. We now have nursing care professionals, nurses, physicians, physiotherapists, occupational therapists and, increasingly, pharmacists, et cetera. Now, the residents require the type of care provided by this staff. We are witnessing a professionalization of our network.

**Senator Corbin:** Do you consider yourselves ideal palliative care centres?

**Ms Coupal:** No.

[Text]

**Le sénateur Corbin:** C'est-à-dire à la phase terminale de la vie du patient?

**Mme Coupal:** Non.

**M. Vézina:** Ce que l'on peut dire, cependant, c'est que la mutation que l'on a commencé à voir depuis une dizaine d'années ou un petit peu plus dans nos établissements, s'accélère de plus en plus. De plus en plus de nos établissements songent à créer des unités de soins palliatifs parce qu'ils sont confrontés à cette clientèle.

Maintenant, de plus en plus de nos établissements ont des unités prothétiques pour accueillir des clientèles qui souffrent d'Alzheimer. Ce n'était pas le cas il y a plusieurs années. Maintenant, à peu près tous nos établissements ont commencé à s'organiser pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle. Peut-être que dans cinq ou 10 ans l'ensemble de nos établissements aura ce type de service de soins palliatifs et forcément les comités d'éthique.

C'est pour cela qu'on vous disait que l'on représente vraiment quelque chose qui est en mutation. On commence à être confronté à ces réalités et cela s'accélère de plus en plus. Souvent nos établissements sont pris à contre-pied par rapport à cela parce que l'alourdissement de la clientèle va plus vite que ce que l'on avait pensé.

**Le sénateur Corbin:** Sur le plan géographique, est-ce que vous couvrez l'ensemble du territoire habité de la province de Québec? Est-ce qu'un habitant du fond de la Gaspésie a le même accès à ce genre de centre qu'une personne de Montréal?

**M. Vézina:** Oui, l'ensemble de nos établissements sont relativement bien repartis à travers tout le Québec. Il existe cependant certaines régions qui ont une insuffisance de lits ou de ressources pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population. Mais en général on couvre relativement bien l'ensemble du territoire québécois et les besoins des personnes.

**Le sénateur Corbin:** Partout dans votre mémoire vous employez le possessif comme dans les expressions: notre fédération, nous avons enclenché, notre réseau, nos centres, la fédération. Je comprends que vous parlez au nom de vos membres de votre fédération. Est-ce que la population locale ou régionale a eu un mot à dire dans la formulation des commentaires que vous nous présentez aujourd'hui?

Est-ce que cela vient strictement du personnel et des préposés à l'intérieur de chaque institution? Est-ce que le populo a eu son mot à dire?

**Mme Coupal:** La clientèle, vous voulez dire?

**Le sénateur Corbin:** Oui, la clientèle, ou la communauté dans le sens large du terme. Disons qu'on est à Rivière-du-Loup. Vous avez probablement un centre à cet endroit ou à Rimouski, patrie d'origine du sénateur Lavoie-Roux.

Est-ce que ce sont tout simplement les professionnels ou les préposés de l'institution qui ont été invités à élaborer cet énoncé ou est-ce que l'ensemble de la population a eu voix au chapitre?

[Traduction]

**Senator Corbin:** That is, in the final phase of the patient's life?

**Ms Coupal:** No.

**Mr. Vézina:** What we can say, however, is that the changes which we began to see 10 years or so ago in our institutions are now occurring at an accelerating pace. Our institutions are increasingly giving consideration to setting up palliative care units because they are having to deal with this type of resident.

More and more of our institutions now have special care units to accommodate residents suffering from Alzheimer's disease. This was not the case a few years ago. Now, nearly all of our institutions have begun to organize themselves in order to meet the special needs of this group of residents. Perhaps in five or ten years, all our institutions will have this type of palliative care service and, inevitably, ethics committees as well.

That is why we have said that we really represent something that is undergoing a process of change. We are starting to be faced with these realities and this is happening at an accelerating pace. Our institutions have frequently been caught off guard in this respect because the number of residents has been increasing faster than had been anticipated.

**Senator Corbin:** Geographically, do you cover all of the inhabited areas of Quebec? Does someone in an outlying village in Gaspé have the same access to this type of centre as someone from Montreal?

**Mr. Vézina:** Yes, our institutions are relatively well distributed across Quebec. However, there are certain regions that do not have a sufficient number of beds or resources to meet the needs of the entire population. But, in general, we cover the entire province and the needs of the people fairly well.

**Senator Corbin:** Throughout your brief, you use the possessive in expressions such as our federation, we have begun, our network, our centres, the federation. I understand that you speak on behalf of the members of your federation. Did the local or regional population have any input in formulating the comments you have presented here today?

Do these comments come strictly from the staff and employees in each institution? Did ordinary people have any say in this?

**Ms Coupal:** You mean our residents?

**Senator Corbin:** Yes, your residents or the community in the broad sense of the term. Let's say that we're in Rivière-du-Loup. You probably have a centre there or in Rimouski, where Senator Lavoie-Roux is from.

Was it solely the professionals or employees from the institution who were invited to take part in the discussions leading up to this presentation, or did the entire population have a say in this matter?



[Texte]

En d'autres mots, reflétez-vous un large consensus auprès de la population ou est-ce strictement le point de vue de vos employés, de vos professionnels?

**Mme Coupal:** C'est le point de vue de nos membres. La fédération est une association patronale. Nous on donne des services aux organisations. On est une association d'organisations.

C'est le point de vue des gestionnaires, du personnel, surtout infirmier de nos centres. On n'a pas fait de sondage auprès des personnes admises.

**Le sénateur Corbin:** Si on retourne auprès des délégués ou des personnes de Rivière-du-Loup qui ont fait valoir ces points de vue en même temps que les représentants des autres centres, est-ce que eux reflétaient un consensus communautaire régional ou est-ce que c'était strictement un point de vue à l'intérieur de la boutique, si vous me permettez l'expression, sans dénigrer quoi que ce soit.

**Mme Coupal:** D'emblée, oui, je dirais que c'était un point de vue à l'intérieur de la boutique.

**M. Vézina:** Je dirais que ce point de vue cependant, est coloré par la clientèle desservie par ce personnel. Vous savez que chacun de nos établissements est géré par un conseil d'administration dont la majorité des membres sont des élus dans la population.

Il est évident que là, on peut avoir un impact de ce côté. On ne peut pas le quantifier actuellement. On est vraiment aller chercher l'opinion principalement de nos directions de soins dans nos établissements qui ont dit: Voici ce que l'on vit actuellement. Voici comment on vit cela dans notre établissement sauf qu'il est certain que ce point de vue est influencé tant par la clientèle, que par l'ensemble du personnel qui travaille dans la boîte, que par les membres du conseil d'administration et les familles des usagers. Tout cela a compté à ce point de vue, cela est certain.

**Le sénateur Corbin:** Vous avez dit, (je ne veux pas créer de distorsions dans votre affirmation), si j'ai bien compris en tout cas, que les demandes d'euthanasie ou de suicide assisté était un phénomène marginal. Est-ce que j'ai bien compris?

**Mme Coupal:** Oui.

**M. Vézina:** Oui, pour l'instant, oui.

**Mme Coupal:** Les gens nous ont dit, on peut être confronté à cela mais c'est très rare. Souvent des gens vieillissants dans nos centres d'hébergement vont dire: Mon Dieu! J'ai hâte que le bon Dieu vienne me chercher. Mais pour le moment, oui, c'est une réalité assez rare.

**Le sénateur Corbin:** Est-ce qu'il y a des cas où une personne demanderait de faire venir le docteur pour qu'il lui administre une piqûre parce ce qu'elle en a assez et qu'elle veut en finir?

**Mme Coupal:** C'est très rare.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai cru comprendre au début de votre exposé que vous avez affirmé que certains médecins hésitaient à donner, j'imagine de la morphine ou autre produit ou autre

[Translation]

In other words, do you reflect a broad consensus among the population or is this strictly the viewpoint of your employees, your professionals?

**Ms Coupal:** It is the viewpoint of our members. The federation is an employer association. We provide services to the organizations. We are an association of organizations.

This is the viewpoint of the managers, the staff, especially the nursing staff, in our centres. We did not conduct a survey among our residents.

**Senator Corbin:** Getting back to the representatives or people from Rivière-du-Loup who expressed these views along with representatives from others centres, did they reflect a regional community consensus or was this strictly, without intending any disrespect, an in-house viewpoint?

**Ms Coupal:** Yes, frankly, I would say that this is an in-house viewpoint.

**Mr. Vézina:** However, I would say that this viewpoint is coloured by the type of residents our staff serve. You know that each of our institutions is managed by a board of directors and that the majority of board members are elected from the community.

Obviously, they can have an impact, although it is impossible to quantify this at present. We really sought out the opinions primarily of the health care managers in our institutions who said: this is what we are currently experiencing; this is how we are experiencing this situation in our institutions. However, there is no doubt that this viewpoint is influenced by the residents, by all of the staff working in the centre, by the members of the board of directors and by the users' families. All of this was certainly taken into account in our views.

**Senator Corbin:** You said — I do not wish to distort your statements — at least if I understood you correctly, that requests for euthanasia and assisted suicide were a marginal phenomenon. Did I understand that correctly?

**Ms Coupal:** Yes

**Mr. Vézina:** Yes, for the time being, yes.

**Ms Coupal:** People have told us that they are faced with this reality but that these requests are very rare. Sometimes the people growing old in our centres will say: "My God, I'm anxious for the Good Lord to take me home." But, for the moment, this is a fairly rare occurrence.

**Senator Corbin:** Are there cases where an individual might request that a doctor visit in order to give him an injection because he has had enough and wants to put an end to it?

**Ms Coupal:** This is very rare.

**Senator Beaudoin:** I believe I understood that at the start of your presentation you said that some physicians are reluctant to give morphine or some other drug or remedy to alleviate

[Text]

remède pour soulager la souffrance. Je suis estomaqué d'entendre cela. Je ne vois aucune difficulté sur le plan juridique ou sur le plan médical ou autre. Est-ce que c'est fréquent?

**Mme Coupal:** Je ne pense pas que cela soit fréquent, non. On nous a rapporté ce genre de réalités dans certaines régions dépendamment de certains médecins. Ou encore, à certains endroits où je dirais une mentalité très judéo-chrétienne existe encore et où certaines équipes soignantes disaient, ils nous semblent que cette dame-là, on aurait pu lui administrer une quantité peut-être un peu plus grande de morphine. Et oui, certains médecins sont plus conservateurs que d'autres. Ils ont peut-être d'autres convictions.

C'est une réalité qui existe encore où certains intervenants ont trouvé que certains malades n'avaient pas été soulagés suffisamment.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai entendu des plaintes comme cela il y a plusieurs années, mais pas depuis 15 ou 20 ans. Même la religion judéo-chrétienne n'a rien contre cela. Cela existe encore?

**Mme Coupal:** Oui, je ne pense pas que ce soit la majorité des médecins. Cela existe encore, semble-t-il, à certains endroits.

**Le sénateur Beaudoin:** J'ai une deuxième question. Comment expliquez-vous l'engouement dans les sondages au Québec en faveur de l'euthanasie? Est-ce qu'on pose des questions précises? Je n'en ai pas l'impression.

On parle de 85 p. 100 au dernier sondage, ce qui m'apparaît considérable. Est-ce que c'est parce qu'il pose une question non précise ou est-ce que c'est bien représentatif du milieu?

**Le sénateur Corbin:** Est-ce que les gens comprennent la question?

**Le sénateur Beaudoin:** Vous êtes dans le milieu. Qu'est-ce que vous en pensez?

**M. Vézina:** C'est une réponse personnelle, en dehors de celle de la fédération. J'ai l'impression qu'il y a peut-être beaucoup de confusion par rapport à ce que signifie l'euthanasie.

Les gens sont confrontés dans le fond avec le moment où cela va se produire. Probablement que dans certaines circonstances, lorsque la question est posée, les gens voient cela au moment où ils seront pris avec beaucoup de souffrances et où ils souhaiteront recevoir l'euthanasie.

Peut-être que dans d'autres provinces ou ailleurs, les gens ne comprennent pas la question de cette façon. Je pense que par rapport à l'euthanasie et au suicide assisté et cetera, comme on dit dans notre mémoire, ce que nous avons constaté, c'est que parmi notre personnel, parmi nos établissements, il y a beaucoup de confusion par rapport aux termes et par rapport aux limites de chacune des choses. Les travaux de votre comité vont permettre d'amorcer une réflexion qu'on va poursuivre et qui va nous permettre d'avancer et peut-être comme établissement, amener les politiques où les gens vont pouvoir en discuter et établir des politiques ensemble impliquant les usagers et les familles.

[Traduction]

suffering. I am appalled to hear that. I do not see any problem legally, medically or otherwise. Does this happen frequently?

**Ms Coupal:** No, I do not think this happens frequently. We have received reports of this type of situation occurring in certain regions, depending on certain physicians, or in certain places where I would say that a very Judeo-Christian mentality still exists and where a few caregiving teams have felt that this woman could have perhaps been given a slightly larger dose of morphine. And yes, some doctors are more conservative than others. Perhaps they have other convictions.

This is a reality which still exists, where certain caregivers have found that some patients' suffering was not sufficiently alleviated.

**Senator Beaudoin:** I heard complaints like that many years ago, but not for the last 15 or 20 years. Even the Judeo-Christian religion is not opposed to this. This situation still exists?

**Ms Coupal:** Yes; however, I do not believe that this is the case for most doctors. But this still happens, it seems, in certain areas.

**Senator Beaudoin:** I have a second question. How do you explain the strong support for euthanasia in surveys conducted in Quebec? Were specific questions asked? I do not have the impression that they were.

We are talking about 85 per cent in the last survey. This figure seems quite high. Is it because respondents were not asked a specific question or is this really representative of the community?

**Senator Corbin:** Did the respondents understand the question?

**Senator Beaudoin:** You are in contact with the community. What do you think?

**Mr. Vézina:** This is my personal opinion, not that of the federation. I have the impression that there may be a great deal of confusion surrounding the meaning of euthanasia.

People are essentially faced with the moment when this will happen. Probably, under certain circumstances, when the question is asked, people see this at a time when they will be in great pain and would want to receive euthanasia.

Perhaps in other provinces or elsewhere, people do not understand the question in this way. I believe that in terms of euthanasia and assisted suicide, et cetera, as we said in our brief, what we have observed is that, among our staff, among our institutions, there is a great deal of confusion surrounding the terms and the limits of each. Your committee's proceedings will help initiate a process of discussion and reflection that will continue and that will enable us to advance and perhaps as an institution put forward policies which people will be able to discuss, and to establish policies together by involving users and families.



[Texte]

**Le sénateur Beaudoin:** Mon impression, c'est que les gens ont beaucoup plus peur de la souffrance que de la mort. Comme ils ne veulent pas souffrir même s'ils sont très jeunes et que cela peut arriver dans 50 ans, ils disent que non, c'est évident qu'on devrait légaliser telle ou telle chose. C'est une impression.

**Mme Coupal:** J'abonde un peu aussi dans votre sens. Peut-être que justement les gens étant plus ou moins informés de tout ce qui est possible pour soulager la souffrance physique et psychologique, il y a un manque de confiance par rapport au réseau de la santé et des services sociaux à cet égard. Les gens sont moins sûrs qu'ils vont pouvoir tout recevoir pour partir en toute quiétude.

J'ai l'impression que cela joue aussi et les gens gagneraient peut-être à être informés de tout ce qui est possible. Il y a toute la question de l'appui psychologique. On parle beaucoup de soulager la souffrance physique. Il y a un grand bout à faire au Québec et possiblement au Canada pour soulager peut-être davantage la souffrance morale des gens en fin de la vie, surtout pour les personnes qui ont des maladies dégénératives ou qui sont en phase terminale.

**The Chairman:** One of the greatest fears of the elderly is that they will be kept alive unnecessarily on various types of apparatus. They fear an end to their life where they are strapped to tubes. This is very much what Madam Coupal was saying. Much of this fear could be dispelled if the elderly knew that they were free to ask that these bits and pieces of apparatus be removed if they so wanted and if they had proper information.

In your discussions with individuals in various centres, have you been able to form an impression about why people favour a change in the law to support assisted death? What are their reasons?

**Mme Coupal:** Les directrices des soins infirmiers ou les soignants qui nous ont dit être mal à l'aise et souhaiter un amendement à la loi, font face à des questionnements devant des souffrances qu'on ne peut plus soulager adéquatement, ou s'interrogent quant aux nuances entre le respect d'un refus de traitement qui peut aller aussi loin que de ne plus hydrater, de ne plus nourrir quelqu'un, ce qui entraîne la mort.

Les gens se demandent où est la différence entre carrément accélérer le processus de la mort pour que cela se fasse en douce, en 24 heures ou en 48 heures, plutôt que cela puisse prendre une semaine. On soulage mais c'est quand même souffrant. Au fond, qu'est-ce que qui est le plus digne? Ce sont des questionnements. C'est la souffrance qui effectivement vient chercher les gens. Ce sont des questionnements éthiques qui font que le personnel soignant s'interroge.

On parle beaucoup depuis plusieurs années «du mourir dans la dignité». Les gens se demandent ce que c'est que le «mourir dans la dignité». Encore une fois, ce sont toutes les nuances entre l'euthanasie active, passive, le refus de traitement et cetera.

**M. Vézina:** Je préciserais en plus que notre réseau d'établissements est très fortement influencé par une philosophie de services mettant à l'avant-plan le milieu de vie et la qualité de

[Translation]

**Senator Beaudoin:** My impression is that people are much more afraid of suffering than of dying. Since they do not want to suffer, even if they are very young, and this can happen in 50 years, they say no, it is obvious that this or that should be legalized. This is one impression.

**Ms Coupal:** I tend to agree with you. Perhaps it is precisely because people are not all informed to the same degree about everything that is available to alleviate physical and psychological suffering that there is a lack of confidence in the health and social services network in this regard. People are less certain that they will be able to receive every available treatment so that they can depart peacefully.

I have the impression that this also plays a role and that people might benefit from being informed about everything that is available. There is the whole issue of psychological support. There is much talk about alleviating physical suffering. However, a great deal remains to be done in Quebec and possibly in Canada in order perhaps to provide greater alleviation of mental suffering in the final phase of life, especially for those with degenerative diseases or in the terminal phase.

**La présidente:** L'une des plus grandes craintes des personnes âgées, c'est qu'on les maintiendra en vie inutilement branchées à divers appareils. Ils craignent de mourir branchés à des tubes. C'est tout à fait ce qu'a dit Mme Coupal. Une bonne partie de ces craintes pourraient être dissipées si les personnes âgées savaient qu'elles peuvent demander que l'on enlève ces tubes si tel est leur désir et si on leur fournissait l'information pertinente.

Dans vos discussions avec des gens de divers centres, avez-vous pu vous faire une idée des raisons qui poussent les gens à préconiser que des modifications soient apportées à la loi afin d'avaliser le suicide assisté? Quelles sont-elles?

**Ms Coupal:** The directors of nursing care and the caregivers who have told us that they are uncomfortable with the situation and would like to see the law amended, feel compelled to consider these issues in the face of suffering that can no longer be adequately alleviated or wonder about the distinction between euthanasia and respecting a patient's right to refuse treatment, which can go so far as halting all food and fluids, which will lead to death.

People wonder what is the difference between this and deliberately accelerating the process of death so that it comes easily, within 24 hours or 48 hours, rather than a week. We try to alleviate the pain, but there is still suffering. Basically, which is the more dignified death? These are some of the questions our members have. Suffering is something that comes unbidden. These are ethical questions that are prompting caregivers to ponder these issues.

There has been much talk in the last few years about "dying with dignity." People are wondering what "dying with dignity" means. Once again, there are all sorts of nuances between active euthanasia, passive euthanasia, refusal of treatment, et cetera.

**Mr. Vézina:** I would like to point out as well that our network of institutions is strongly influenced by a service philosophy which places the greatest emphasis on the living environment and

## [Text]

vie, d'être actif dans un milieu de vie. Donc pour beaucoup de nos établissements, ils ne se caractérisent pas comme étant des milieux de soins ou des hôpitaux mais ils se caractérisent plus comme étant des milieux de vie pour des personnes en perte d'autonomie.

Dans un contexte comme cela, tout l'appareillage, tout le personnel vise à maintenir, à prolonger la vie. Pour le personnel, la question de l'euthanasie ou du suicide assisté entre un petit peu en confrontation avec la philosophie majeure de service implanté dans chacun des établissements. Cela peut influencer le débat en cette matière.

**The Chairman:** Honourable senators, our last witnesses for today are Marian Chapman and Margaret George from the Council on Aging of Ottawa-Carleton.

**Ms Marian Chapman, Chair, Council on Aging, Ottawa-Carleton:** Just to set the stage, senators, I will read to you the preamble of our brief so you get a sense of where we are coming from. I heard from Senator Keon that he uses this preamble all the time. Hence, we both have borrowed from Robert Hutchison.

From the inability to let well enough alone; from too much zeal for the new and contempt for what is old; from putting knowledge before wisdom, science before art, and cleverness before common sense; from treating patients as cases; and from making the cure of the disease more grievous than the endurance of the same; good Lord deliver us.

And from Dylan Thomas:

Do not go gentle into that good night.

Old age should burn and rave at close of day;

Rage, rage against the dying of the light.

And finally from Abraham Cowley:

Life is an incurable disease.

Honourable senators, society's attitudes towards death and dying have evolved over time. In earlier days, death was ever present; people died at home and society seemed to consider death to be a normal progression. Later, death somehow became alienated and separated from daily living; people were sent to institutions to die, and words such as "cancer" were rarely spoken. It has been in recent years only that there appears to be a reversion to earlier times when the subject of death was discussed more openly and accepted more honestly.

The Council on Aging, Ottawa-Carleton, was honoured to receive the request from the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide to present our views on these subjects: The Council on Aging is a volunteer, bilingual, non-profit organization which has endeavoured over the past 20 years to advocate, educate, plan and coordinate services in the best interests of the senior population of Ottawa-Carleton. One of the great strengths of the council is its diverse membership, which is represented at the board with one-third of its members being

## [Traduction]

the quality of life, of being active in a living environment. Hence, many of our institutions are not characterized as institutions which provide treatment or hospitals, but more as living environments for people requiring assistance in everyday activities.

In a context such as this, the purpose of all equipment and all staff is to prolong life. For the staff, the issue of euthanasia and assisted suicide therefore conflicts to some extent with the major service philosophy instilled in each institution. This can influence the debate on this issue.

**La présidente:** Honorables sénateurs, nos derniers témoins aujourd'hui sont Marian Chapman et Margaret George du Conseil sur le vieillissement, Ottawa-Carleton.

**Mme Marian Chapman, présidente, Conseil sur le vieillissement, Ottawa-Carleton:** Simplement pour donner le ton, sénateurs, je vous lirai le préambule de notre mémoire pour que vous sachiez là d'où nous venons. Le sénateur Keon m'a dit qu'il utilise tout le temps ce préambule. Nous l'avons donc emprunté tous les deux à Robert Hutchison.

Seigneur protège nous contre la volonté d'intervenir à tout prix; contre trop de zèle pour la nouveauté et le mépris pour l'ancienneté; protège nous aussi contre l'habitude de faire passer la connaissance avant la sagesse, la science avant l'art et l'intérêt avant le bon sens; de traiter les patients comme des numéros; et de prendre plus au sérieux la guérison de la maladie que l'endurance à celle-ci.

Et une citation de Dylan Thomas:

Vieillard, ne t'abandonne pas au désespoir à l'approche de la mort;

Brûle de l'envie de vivre et peste contre la mort;

Rage de ne pouvoir arrêter la mort.

Et enfin, une citation d'Abraham Cowley:

La vie est une maladie incurable.

Honorables sénateurs, les attitudes de la société face à la mort et à l'agonie ont évolué au fil des ans. Auparavant, la mort était toujours présente; les gens mouraient chez eux et la société semblait considérer la mort comme une progression normale. Par la suite, la mort a été aliénée et séparée en quelque sorte de la vie quotidienne; les gens étaient envoyés dans des établissements pour mourir et des mots comme «cancer» étaient rarement prononcés. Ce n'est que depuis les dernières années qu'il semble y avoir un retour à l'époque où l'on discutait de la mort et où on l'acceptait plus honnêtement.

Le Conseil sur le vieillissement, de la région d'Ottawa-Carleton, a été honoré que le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté lui demande de présenter ses vues sur ces sujets. Le Conseil est un organisme bénévole, bilingue et sans but lucratif qui s'engage depuis plus de 20 ans à promouvoir, planifier et coordonner les services et à sensibiliser la population dans les meilleurs intérêts des personnes âgées d'Ottawa-Carleton. L'une des plus grandes forces du Conseil repose sur la diversité de ses membres, laquelle se reflète dans la composition de son



## [Texte]

seniors, one-third being service providers — that is, providing services and programs to seniors — and the final one-third being persons interested in seniors' issues. In reality, many of the representatives in the latter two categories are also seniors. This diverse membership brings a wealth of knowledge and experience to many issues that face the aging population today.

The Council on Aging acknowledges the complexity and difficulty in dealing with the controversial issues of euthanasia and assisted suicide which strike at the heart of our very being. We appreciate the challenge with which the Senate committee is faced in its struggle to find a compromise and to seek a way in which the rights of individuals will be upheld without jeopardizing the well-being of others.

In order to address these very controversial issues within a relatively tight timeframe, the board of the Council on Aging established a task force comprised primarily of board members who are seniors to discuss the issues and to develop the brief that is being presented to you today. Members of the council who contributed to the brief brought their unique experiences, beliefs, and insights into the issue. This report represents the writing and editing of 16 people. The group includes seniors whose lives have differed with respect to careers, caregiving responsibilities, religious affiliation, moral beliefs, and cultural backgrounds. The one feature that has been common to the group is its determination and willingness to look death in the face and not to shy away from such emotional and disturbing topics. Members have shared their experiences and opinions with others freely and openly.

Consistent with society in general, our position reflects the differing views that exist in relation to these contentious issues. We have not attempted to reach consensus. We recognized from the outset that this would not be possible. In light of the composition of our membership and the spectrum of attitudes represented, the council cannot speak with a single voice on the issue of whether legislation should be either amended or developed to legitimize activities that are allegedly occurring across Canada. Instead, we have focused our attention on principles to guide decision-making, on questions that need to be answered, and on recommendations that we feel will help the population in general. In essence, we have tried to mirror the situation as clearly as possible from the perspective of seniors. We trust that our comments will assist the Senate committee in its deliberations and provide yet another perspective on these very difficult subjects.

For the purpose of this discussion, we are using the term "euthanasia" to mean knowingly and intentionally performing an act which is explicitly intended to end another person's life. "Assisted suicide" has been taken to mean knowingly and

## [Translation]

conseil d'administration dont un tiers des membres sont des personnes âgées, un tiers des fournisseurs de services (c'est-à-dire assurant des services et des programmes aux personnes âgées) et le dernier tiers de personnes que les problèmes des personnes âgées intéressent. En fait, nombre de représentants des deux dernières catégories sont également des personnes âgées. Cette diversité apporte une richesse de connaissances et d'expériences à l'égard de nombreux problèmes avec lesquels est aujourd'hui aux prises la population vieillissante.

Le Conseil sur le vieillissement reconnaît la complexité des problèmes controversés que posent l'euthanasie et le suicide assisté, qui nous frappent en plein coeur, et la difficulté d'y faire face. Nous sommes conscients du défi que le comité sénatorial doit relever dans sa lutte pour trouver un compromis et le juste milieu entre le maintien des droits des particuliers et le respect du bien-être des autres.

Pour traiter de ces questions très controversées dans un échéancier assez serré, le conseil d'administration du Conseil sur le vieillissement a mis sur pied un groupe de travail regroupant surtout des membres du Conseil qui sont des personnes âgées. Il lui a confié le mandat d'examiner les questions et de rédiger le mémoire que nous vous présentons aujourd'hui. Les membres du Conseil qui ont contribué à la rédaction du mémoire ont apporté leurs expériences, croyances et réflexions uniques sur la question. Ce rapport a été rédigé et révisé par 16 personnes. Il est le fruit du travail de rédaction et de révision de 16 personnes. Le groupe inclut des personnes âgées dont les expériences varient en ce qui a trait à la carrière, aux responsabilités en matière de soignants, aux associations religieuses, aux croyances morales et aux antécédents culturels. L'une des caractéristiques communes à ce groupe c'est sa détermination et sa volonté de lutter contre la mort et de ne pas répugner à traiter de sujets à ce point émotifs et dérangeants. Les membres ont partagé, librement et ouvertement, leurs expériences et leurs opinions.

Notre position reflète les opinions divergentes qui existent au sein de la société en ce qui concerne ces questions litigieuses. Nous n'avons pas essayé d'en arriver à un consensus. Nous avons reconnu au départ que ce serait impossible. Compte tenu de la composition de nos membres et de l'éventail des attitudes représentées, le Conseil ne peut se faire le porte-parole sur la question de savoir si la loi devrait être modifiée ou améliorée pour légitimer des activités qui ont cours paraît-il dans toutes les régions du pays. Nous avons plutôt mis l'accent sur les principes visant à orienter la prise de décisions, sur des questions auxquelles il faut trouver une réponse et sur des recommandations qui, nous croyons, aideront la population en général. Essentiellement, nous avons essayé de dépeindre le plus clairement possible la situation en exprimant le point de vue des personnes âgées. Nous sommes convaincus que nos observations aideront le comité sénatorial dans le cadre de ses délibérations et lui fournira un autre point de vue sur ces questions très complexes.

Aux fins de cette discussion, nous entendons par «euthanasie» la perpétration, en toute connaissance de cause et intentionnellement, d'un acte qui vise explicitement à provoquer la mort. Par «suicide assisté», nous entendons le fait d'informer une personne

*[Text]*

intentionally providing a person with the knowledge and or means of committing suicide.

Given that the Council on Aging is an organization dedicated to senior's concerns, our presentation will be addressing the issues of euthanasia and assisted suicide from the perspective of seniors. Understandably, seniors feel very close to these issues. Over the course of their lifetimes, most have had to deal with death and dying of family, friends and colleagues.

We are concerned about the pressures, both internal and external, on individuals and on their caregivers to unnaturally lengthen or shorten the process of dying. The evolution of medical technology to maintain life and its availability for use in the care of the individual has created a new context within which the dying process must be assessed. All of these pressures influence our decisions with respect to euthanasia and assisted suicide.

Internal pressures affecting the individual may include the fear of death, however, for many seniors it is not so much the fear of death itself as the fear of a painful death which causes stress. Loss of control, concern over being able to financially pay for the support required to continue living, and the fear of becoming a burden to family members are further internal pressures that can affect an individual's desire for euthanasia and assisted suicide. In certain situations, individuals may make decisions which are not in their best interests but rather with the intention of protecting and safeguarding their families from the emotional and financial pressures that may ensue.

Family members and caregivers are also faced with internal pressures as they watch the person they care for decline and die. They may be forced into situations regarding the initiation, reduction, or possible withdrawal of treatment for their family member without adequate support and knowledge. Physical exhaustion, financial burden, and emotional factors related to the loss of a loved one are others factors which impact on the overall situation.

A major concern raised by members of the council was the increased vulnerability of seniors. With age, physical abilities and sometimes mental abilities decline, often leaving the individual dependent on others and thus vulnerable to victimization. Financial abuse is quite common, with seniors losing part or all of their savings or being pressured to turn over their monthly income to the management of another person. In some extreme cases, seniors live with the knowledge that there are those who wish them dead so as to profit from their estate.

We have great concern for the continued dignity of the person until death, as well as a reasonable concern for the economic decisions that will have to be made regarding health care resources. Although it is now possible, due to the evolution of

*[Traduction]*

de cette possibilité, intentionnellement et en toute connaissance de cause, ou de lui donner le moyen de se suicider.

Étant donné que le Conseil sur le vieillissement est un organisme qui a à cœur les préoccupations des personnes âgées, notre exposé abordera les questions de l'euthanasie et du suicide assisté de leurs points de vue. À juste titre, les personnes âgées se sentent très près de ces questions. Au cours de leur vie, la plupart d'entre elles ont dû faire face à la mort et à l'agonie de membres de la famille, d'amis et de collègues.

Nous nous inquiétons des pressions, tant internes qu'externes, exercées sur les malades et ceux qui les soignent en vue de prolonger ou de raccourcir par des moyens artificiels le passage de vie à trépas. L'évolution de la technique médicale pour le maintien de la vie et la possibilité d'y recourir pour soigner les malades a fait naître un nouveau contexte qui fait en sorte que l'on doit évaluer le passage de vie à trépas. Toutes ces pressions influencent nos décisions en ce qui concerne l'euthanasie et le suicide assisté.

Les pressions internes en ce qui concerne la personne peuvent comprendre la peur de la mort, bien que pour nombres de personnes âgées ce n'est pas tant la peur de la mort elle-même comme la peur d'une mort dans la douleur qui crée du stress. La perte de contrôle, la peur de ne pas avoir les moyens financiers de payer le soutien dont ils ont besoin pour continuer à vivre et de devenir un fardeau pour les membres de leur famille sont d'autres pressions internes qui peuvent avoir une influence sur le désir d'une personne de recourir à l'euthanasie et au suicide assisté. Dans certains cas, il peut arriver que des personnes prennent des décisions qui ne sont pas dans leur meilleur intérêt, mais plutôt avec l'intention de protéger leurs familles des chocs émotionnels et des pressions financières qui peuvent s'en suivre.

Les membres de la famille et les soignants sont aussi aux prises avec des pressions internes alors qu'ils assistent au déclin et à la mort de la personne dont ils s'occupent. Ils peuvent se voir imposer des situations, qu'il s'agisse par exemple d'entreprendre un traitement, de le diminuer ou même d'y mettre fin sans disposer des connaissances nécessaires. L'épuisement physique, le fardeau financier et les facteurs émotionnels liés à la perte d'un être cher sont d'autres facteurs qui influent sur l'ensemble de la situation.

Une des principales craintes soulevées par les membres du Conseil a été la vulnérabilité accrue des personnes âgées. Avec l'âge, les capacités physiques et parfois mentales s'amenuisent, la personne devenant souvent dépendante des autres et ainsi vulnérable à la victimisation. Les abus de nature financière sont très communs, les personnes âgées perdant une partie ou la totalité de leurs économies ou subissant des pressions pour confier à quelqu'un d'autre l'administration de leur revenu mensuel. Dans des cas extrêmes, des personnes âgées vivent en sachant qu'il y a des gens qui souhaitent leur mort pour profiter de l'héritage qu'ils laisseront.

Le maintien de la dignité de la personne jusqu'à la mort nous préoccupe énormément; nous nous inquiétons dans une moindre mesure des décisions économiques qui devront être prises en ce qui concerne les ressources consacrées aux soins de santé. Même



## [Texte]

medical technology, to extend the length of life, length does not necessarily guarantee quality.

In addition, with limited health care dollars, resources should be spent where they can be helpful and never spent in any way that would extend suffering. Alternatively, there is a recognition that with scarce resources and the increasing number of seniors, the elderly may also be denied treatment when in fact they could benefit from it and desire it.

It is from this unique position of experience and from the realization of the potential vulnerability of seniors that members of the Council on Aging have discussed these issues.

In dealing with the issues of euthanasia and assisted suicide, we have taken as a basic principle the belief that every human being of adult years and of sound mind has the right to determine what shall be done with his or her own person. Following from this fundamental principle, the Council on Aging: believes in the inherent worth and dignity of every person; believes in justice, equity and compassion in human relations; supports and promotes the concepts of autonomy, independence, and informed choice; acknowledges the diversity of the senior population in relation to culture, religious beliefs and language, and respects the right of individuals to make individual decisions based on these realities. The council believes that seniors should be informed regarding all aspects of issues which impact on their well-being in order that they may make informed choices regarding the physical, mental, and social aspects of their treatment and care; believes that individuals have the right to expect a death with the best pain control possible; and believes that all seniors have the right to make decisions regarding a dignified dying process and death. The council recognizes there are differences in individuals' perceptions of what constitutes quality of life; believes that all individuals with a terminal illness should have access to palliative care services, which includes skilled compassionate care and pain control; and believes that if persons are not able to make decisions for themselves, that their committee, a person to whom the care of a mentally incompetent person or his property was entrusted by a court, or attorney for personal care be given information, counselling and support in making these decisions.

With respect to palliative care, the issue to us appeared to be: How can we alleviate much of the pain and suffering of the individual who is dying? Much of the pain and suffering of terminally ill patients stems from the lack of adequate supports and pain and symptom control. Palliative care is a holistic approach which addresses the inevitable physical, psychological, social and spiritual needs of the dying person, as well as those of their caregivers and family. The dying patient suffers from total pain as described by Cicely Saunders of Saint Christopher's Hospice. Relief of physical pain alone is inadequate unless the psychological, social and spiritual needs are addressed. We believe that palliative care services should be available to everyone who needs them.

## [Translation]

s'il est maintenant possible, étant donné l'évolution de la technique médicale, de prolonger la vie, cela ne garantit pas nécessairement une vie de qualité.

En outre, étant donné les ressources limitées en ce qui a trait aux soins de santé, il faudrait les affecter là où elles peuvent être utiles et ne jamais le faire de manière à prolonger les souffrances. Par contre, on reconnaît qu'étant donné la rareté des ressources et le nombre sans cesse croissant de personnes âgées, il peut arriver que l'on refuse le traitement à un vieillard alors qu'en fait celui-ci pourrait lui être bénéfique et qu'il souhaiterait l'obtenir.

C'est à partir de cette expérience unique et de la prise de conscience de la vulnérabilité éventuelle des personnes âgées que le Conseil sur le vieillissement a examiné ces questions.

En ce qui a trait à l'euthanasie et au suicide assisté, nous sommes partis du principe fondamental voulant que tout être humain adulte et sain d'esprit a un droit de libre arbitre. Cela dit, le Conseil sur le vieillissement croit en la valeur et en la dignité inhérentes de chaque personne, en la justice, l'équité et la compassion dans les relations humaines. Il appuie et encourage l'autonomie, l'indépendance et le choix informé, reconnaît que les personnes âgées sont de culture, de religion et de langue différentes et respecte le droit des personnes à faire des choix qui se fondent sur ces réalités. Le Conseil estime que les personnes âgées devraient être informées de tous les aspects des questions qui influent sur leur bien-être afin d'être en mesure de faire des choix informés en ce qui a trait aux aspects physiques, mentaux et sociaux des traitements et des soins qui leur sont prodigués. Le Conseil est d'avis que les personnes ont le droit de s'attendre à souffrir le moins possible au moment de leur mort et croit que toutes les personnes âgées ont le droit de décider de leur passage de vie à trépas dans la dignité. Le Conseil reconnaît que les opinions divergent quant à la perception que se font les gens de la qualité de la vie; il croit que toutes les personnes atteintes d'une maladie fatale devraient avoir accès à des soins palliatifs, ce qui inclut des soins prodigués avec bienveillance et le traitement de la douleur. Enfin, le Conseil est d'avis que si des personnes ne peuvent prendre une décision les concernant, leur comité, une personne qui a été chargée par un tribunal de prendre soin d'un incapable mental ou de ses biens ou un procureur au soin de la personne obtienne l'information, les conseils et l'appui nécessaires pour prendre ces décisions.

En ce qui a trait aux soins palliatifs, le problème qui se pose nous a semblé le suivant: Dans quelle mesure peut-on soulager la douleur et les souffrances du mourant? Les malades en phase terminale souffrent surtout du manque de soutien adéquat ainsi que de traitement de la douleur et des symptômes. Les soins palliatifs sont une approche globale qui répondent aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du mourant ainsi qu'à ceux des soignants et de la famille. Le mourant souffre de tout son être comme l'a décrit Cicely Saunders du Saint Christopher Hospice. Le soulagement de la douleur physique n'est utile que dans la mesure où l'on tient aussi compte des besoins psychologiques, sociaux et spirituels. Les services de soins palliatifs devraient être offerts, à notre avis, à tous ceux qui en ont besoin.

## [Text]

There is a need for country-wide education concerning the principles of palliative care. This education should be available for physicians, other health care providers, and the general public. Much can be accomplished through education programs sponsored by professional organizations such as the College of Family Physicians, the Royal College of Physicians and Surgeons, medical and nursing schools, and provincial nursing associations. These educational programs will accomplish the most for the least cost and greatly lessen the pressure for euthanasia and physician-assisted suicide.

Members of the council also discussed the need for counselling services as well as support for caregivers.

There was agreement that these services may be needed long before the last few weeks of life and should continue as required throughout the process. The need for palliative care in the home was emphasized. In Ottawa-Carleton, approximately 100 difficult palliative care cases are currently being cared for in the home under the supervision of their family physician and the VON.

Given the trend for caring toward individuals outside of institutional settings, it is critical that palliative care is available in all types of settings and in all areas of the country. This does not require specialized hospice units in every city and town. Good palliative care can be provided in any hospital, nursing home or in the patient's own home by sensitized health care providers who understand the principles of pain control, physical, psychological, social and spiritual support and good nursing care. The public should expect to receive adequate palliative care services and should demand that these services be made available.

Now we come to the issue of how we ensure that treatment or non-treatment is based on the individual's wishes. Here we discuss advanced directives.

In Ontario, three companion pieces of legislation, the Advocacy Act, the Consent to Treatment Act, and the Substitute Decisions Act, will come into effect in 1995.

An advance directive, or living will, provides the opportunity for individuals to state in their own terms the type or level of treatment they would wish if they were to become unable to voice their views themselves. Once this legislation is proclaimed, it is our understanding that the individual's wishes regarding the withholding of medical intervention will be legally binding on both the committee of the person or the attorney for personal care, as well as on health care professionals.

One of the many advantages of recognizing the advance directive is the ability to prevent certain circumstances, such as the prolongation of life against the individual's wishes. For example, the individual could indicate the level of care desired. Such levels could be classified as follows: First, provide comfort

## [Traduction]

Il faut sensibiliser l'ensemble du pays aux principes des soins palliatifs, c'est-à-dire les médecins, les autres travailleurs de la santé et le grand public. Des programmes de sensibilisation parrainés par des organisations professionnelles comme le Collège des médecins de famille, le Collège royal des Médecins et Chirurgiens, les programmes de soins infirmiers et les écoles de médecine, ainsi que les associations provinciales de soins infirmiers peuvent jouer un rôle très utile à cet égard. Ces programmes permettront d'obtenir les meilleurs résultats au moindre coût et diminueront considérablement les pressions en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté.

Les membres du Conseil ont également discuté de la nécessité d'offrir des services de counselling et du soutien aux soignants.

On a convenu que ce service pourrait être nécessaire bien avant les dernières semaines de vie et devrait continuer à être offert selon les besoins tout au long du processus. On a souligné la nécessité d'offrir des soins palliatifs à domicile. Dans la région d'Ottawa-Carleton, on dispense à l'heure actuelle des soins palliatifs à domicile dans une centaine de cas difficiles, sous la supervision du médecin de famille et des infirmières de l'Ordre de Victoria.

Comme la tendance est aux soins dispensés en dehors des cadres institutionnels, il est de la plus haute importance que les soins palliatifs soient offerts dans tous les types de milieux et dans toutes les régions du pays. Il ne s'agit pas d'établir des unités spécialisées de soins palliatifs dans chaque ville. Il est possible d'offrir de bons soins palliatifs dans n'importe quel hôpital, foyer pour personnes âgées ou au domicile même du patient, grâce aux services de travailleurs de la santé sensibilisés qui comprennent les principes du contrôle de la douleur, du soutien physique, psychologique, social et spirituel et des bons soins infirmiers. Le public est en droit de s'attendre à recevoir des soins palliatifs satisfaisants et d'exiger que ces services soient offerts.

Maintenant, comment nous assurer que le traitement ou le non-traitement répond aux souhaits de l'intéressé. Cela nous amène à la question des directives préalables.

En Ontario, trois lois complémentaires, soit la Loi sur l'intervention, la Loi sur le consentement au traitement et la Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui entreront en vigueur en 1995.

Une directive préalable ou testament biologique offre la possibilité aux particuliers d'indiquer dans leurs propres mots le type ou le niveau de traitement qu'ils souhaiteraient recevoir s'ils devenaient incapables d'exprimer eux-mêmes leur volonté. Une fois ces lois promulguées, nous croyons comprendre que les souhaits des particuliers concernant l'abstention d'interventions médicales deviendront légalement obligatoires pour le curateur de la personne ou le procureur au soin de la personne, ainsi que pour les professionnels de la santé.

La reconnaissance de la directive préalable présente de nombreux avantages et permet entre autres d'empêcher certaines situations comme par exemple prolonger la vie d'une personne contre sa volonté. Une personne pourrait par exemple préciser les niveaux de soins souhaités. Ces niveaux pourraient être



*[Texte]*

and pain control only, but do not resuscitate and do not transfer to hospital; second, do not transfer to hospital, do not resuscitate, but treat conditions such as pneumonia with medication as appropriate; third, transfer to hospital for treatment, but do not resuscitate; and, fourth, provide maximum active treatment.

It is of utmost importance that the advance directive and its effect be understood by the persons giving such a directive and by all family members, the physician and the institution.

The legitimacy of the advance directive as enshrined in the provincial legislation will address some of the problems regarding treatment decisions, such as the withholding of treatment if a person's wishes are known prior to his or her becoming ill. In accordance with the advance directive, treatment or non-treatment will respect the individual's wishes and ensure that these wishes are respected in the event that the person is not able to express his or her own views. Many of the difficult situations and eventualities that arise at the end of life could be prevented if this legislation were available across the country and advance directives became widespread.

The task force commented that the relationship between physician and patient should be, in essence, the same as between a lawyer and client. The physician will have, as a lawyer does, the best interests of the client in mind. The physician is responsible for communicating to the individual possible courses of treatment and their probable consequences. The individual then should be given the power to make an informed decision. This applies equally to the committee or attorney for personal care of the individual who cannot make the decision. Patient-centred care encompasses this concept.

With regard to individual rights and the law, the issue is how we ensure that an individual's rights are upheld. The guiding principle, enumerated in section 4 of this brief, states that every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his or her own person. This is a fundamental right in our society. To deny individuals freedom of choice with respect to their health care can only lessen, and not enhance, the value of life. This right has been recognized in the development of the requirement of informed consent, a primary means of protecting a person's control of his or her medical treatment. This concept also permits the right of refusal of treatment. In Ontario, the Consent to Treatment Act has enshrined the informed consent doctrine in statute law. It has permitted this concept to be continued even after the person ceases to be competent, through the appointment of an attorney for personal care.

In considering the law and how it relates to euthanasia and assisted suicide, members began by examining the law and suicide. Members of the council are aware that under the Criminal Code it is no longer illegal to commit suicide. This has been justified by some as being a choice under the concept of freedom

*[Translation]*

catégorisés comme suit: le premier niveau pourrait consister à assurer le confort et le contrôle de la douleur uniquement, mais non à ressusciter la personne, ni la transférer à l'hôpital; le deuxième, ne pas transférer à l'hôpital, ne pas ressusciter, mais traiter les maladies comme la pneumonie à l'aide de médicaments, au besoin; le troisième, transférer à l'hôpital pour traitement mais ne pas ressusciter; et, quatrième, offrir le maximum de soins actifs.

Il est de la plus haute importance que la directive préalable et ses conséquences soient comprises par les personnes qui préparent une telle directive et par tous les membres de la famille, le médecin et l'institution.

Comme les lois provinciales conféreront un caractère légitime à la directive préalable, il deviendra alors possible de s'attaquer à certains des problèmes concernant les décisions en matière de traitement, telles que l'abstention de traitement, si l'on connaît la volonté de la personne avant qu'elle tombe malade. Conformément à la directive préalable, le traitement ou le non-traitement respectera les souhaits de la personne et veillera à ce que ses souhaits soient respectés au cas où cette personne ne soit pas en mesure d'exprimer elle-même sa volonté. Nombre des situations difficiles qui surgissent à la fin de la vie pourraient être évitées si ce genre de lois existaient dans l'ensemble du pays et si l'utilisation de la directive préalable devenait répandue.

Le groupe de travail a indiqué que la relation entre le médecin et le patient devrait essentiellement être la même que celle qui existe entre un avocat et son client. Le médecin aura à coeur, tout comme un avocat, de défendre les intérêts de son client. Le médecin est responsable de communiquer au patient les méthodes de traitement possibles et leurs conséquences probables. Le patient devrait alors avoir le pouvoir de prendre une décision éclairée. Cela vaut également pour le curateur ou le procureur au soin de la personne qui s'occupe d'une personne incapable de prendre une telle décision. Les soins axés sur le patient englobent cette notion.

En ce qui concerne les droits individuels et la loi, il s'agit de déterminer comment nous assurer de faire respecter les droits d'un individu. Le principe directeur, énoncé à la partie 4 du mémoire, déclare que chaque être humain d'âge adulte et sain d'esprit a le droit de disposer de lui-même. C'est un droit fondamental dans notre société. Priver des personnes de la liberté de choix en ce qui concerne les soins de santé leur étant destinés ne peut que diminuer, et non améliorer, la valeur de la vie. Ce droit a été reconnu dans l'élaboration d'exigences relatives au consentement éclairé, un moyen primordial de protéger le contrôle qu'une personne exerce sur son traitement médical. Cette notion comporte également le droit de refuser un traitement. En Ontario, la Loi sur le consentement au traitement a inscrit en droit la notion du consentement éclairé. Cette notion peut donc être invoquée même après que la personne cesse d'être capable de décision, par la nomination d'un procureur au soin de la personne.

En ce qui concerne l'euthanasie et le suicide assisté selon le point de vue légal, les membres ont commencé par examiner les dispositions ayant trait au suicide. Les membres du Conseil savent que le suicide n'est plus illégal en vertu du Code criminel. Certains ont justifié cette mesure en disant qu'il s'agissait d'un

## [Text]

of choice. This freedom of choice, however, cannot be exercised when a person ceases to be physically able and requires the intervention of another person in order to commit suicide.

In these cases, freedom of choice is limited by the provisions of the Criminal Code against assisted suicide which currently restrict the full exercise of this right. Therein lies the basic conflict.

There appears to be inconsistency in the provisions contained in the Criminal Code of Canada with respect to assisted suicide and those contained in the Consent to Treatment Act of Ontario regarding freedom of choice. Clarification of this situation is required.

If we agree that these restrictions of the Criminal Code are necessary, what interest may be pleaded in support of continuance of these restrictions which were initially enshrined in legislation many years ago? Three interests have been offered in explanation. The first is the intrinsic value of human life and the worth of every individual. The second is the interest of the state in preserving life. Historically, the state had an interest in preserving a viable fighting force, hence the establishment of laws against assault, battery, suicide, et cetera. The third possible explanation is the interest of the state in preserving the integrity of the medical profession and other health care providers. Physicians are taught to heal. It is very foreign to many to entertain notions of terminating life.

The question for the Senate committee to consider is whether these restrictions in the exercise of the individual's right to request euthanasia or assisted suicide should be retained, or whether the rights of the individual should be paramount in this regard.

If the restrictions remain, the Senate committee should be aware of the fact that such acts will be carried out even if technically illegal. This makes it difficult to separate out genuine cases of compassion from cases of abuse. However, the restrictions should have the effect of containing the proliferation of such practices.

In the event that the Senate committee proposes to recommend the legalization of euthanasia and assisted suicide, the council considers it vital that safeguards be established to ensure that such a significant step represents a true exercise of independent and settled determination by the person concerned. Safeguards must be reasonable, enforceable and enforced. Furthermore, such safeguards should be enshrined in the law.

What are the legal options? How can the law best protect vulnerable persons from abuse?

Several problems exist in using the law as the way to address the issues of euthanasia and assisted suicide. The reality is that the law is a blunt instrument to deal with very delicate and complex issues. Members of the council are opposed to the current system where laws exist which are not being enforced. There is a strong feeling that present Canadian law is not satisfactory to deal with the issues of euthanasia and assisted suicide. Of those who want to maintain the Criminal Code as it currently exists, some would ask

## [Traduction]

choix qui relève de la liberté de choix. Cette liberté de choix ne peut toutefois être exercée lorsqu'une personne n'a plus la capacité physique de le faire et a par conséquent besoin de l'intervention d'une autre personne pour se suicider.

Dans de tels cas, la liberté de choix se trouve restreinte par les dispositions du Code criminel qui interdisent le suicide assisté et qui restreignent à l'heure actuelle le plein exercice de ce droit. Voilà où réside le conflit fondamental.

En ce qui concerne la liberté de choix, il semble y avoir incohérence entre les dispositions prévues par le Code criminel du Canada en matière de suicide assisté et celles prévues par la Loi ontarienne sur le consentement au traitement. Il importe d'éclaircir cette situation.

Si nous convenons que les restrictions prévues par le Code criminel sont nécessaires, quelles raisons peut-on invoquer pour appuyer le maintien de ces restrictions qui ont été inscrites dans la loi il y a de nombreuses années? Trois arguments ont été avancés. Le premier concerne la valeur intrinsèque de la vie humaine et la valeur de chaque individu. Le deuxième est l'intérêt de l'État à préserver la vie. Historiquement, l'État avait intérêt à préserver une force de combat viable, d'où l'établissement de lois contre les agressions, les voies de fait, le suicide, et cetera. La troisième explication possible, c'est l'intérêt de l'État à préserver l'intégrité de la profession médicale et des autres travailleurs de la santé. On apprend aux médecins à guérir. C'est pourquoi la notion de donner la mort est si étrangère à beaucoup d'entre eux.

Le comité sénatorial doit donc examiner s'il faut conserver ces restrictions qui empêchent l'exercice du droit à demander l'euthanasie ou le suicide assisté, ou si les droits de l'individu doivent primer à cet égard.

Si l'on conserve ces restrictions, il faut que le comité sénatorial sache que ces actes seront exécutés même s'ils sont techniquement illégaux. Il devient donc difficile de distinguer les véritables cas de compassion des cas d'abus. Cependant, les restrictions devraient contribuer à réfréner la prolifération de telles pratiques.

Si le comité sénatorial propose de recommander la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, le Conseil considère qu'il est fondamental d'établir des mesures de protection pour s'assurer qu'une étape d'une telle importance traduit véritablement l'exercice d'un choix indépendant et déterminé de la part de la personne concernée. Les mesures de protection doivent être raisonnables, applicables et appliquées. De plus, elles doivent être inscrites dans la loi.

Quelles sont les options juridiques? Comment la loi peut-elle le mieux protéger les personnes vulnérables des abus?

Le recours à la loi pour traiter des questions de l'euthanasie et du suicide assisté pose plusieurs problèmes. Le fait est que la loi est un instrument grossier lorsqu'il s'agit de traiter de questions très délicates et complexes. Les membres du Conseil s'opposent au système actuel où des lois existent mais ne sont pas appliquées. Beaucoup sont convaincus que les lois canadiennes actuelles ne permettent pas de traiter de façon satisfaisante des questions de l'euthanasie et du suicide assisté. Parmi ceux qui tiennent à



## [Texte]

for a strict enforcement of the law. For those who wish to legalize assisted suicide and euthanasia, changes must be made to decriminalize these activities.

If the decision were made that changes are needed in legislation or law to, in effect, recognize actions that are allegedly occurring, several alternatives exist. These include amendments to the Criminal Code which would remove the impediments to self-determination or the development of new legislation which would legalize euthanasia and assisted suicide. The advantage of amending the Criminal Code, as opposed to establishing new legislation, would be the continuance of the concept that killing is wrong, but under exceptional circumstances freedom of choice would prevail.

The need to protect vulnerable persons against those who would hasten the death of another person for ulterior motives is foremost. The fear that adequate safeguards could not be developed to protect persons in all eventualities, both those who do not wish to hasten death and those who wish to end their lives and require assistance in fulfilling those wishes, lies at heart of much of the opposition to changes in legislation.

Some of the concerns regarding the legislation of euthanasia and assisted suicide which were raised include the following:

First, there is the existence of the slippery slope, from voluntary to involuntary euthanasia. Even though the Remmelink report from the Netherlands may be biased to a certain extent, we cannot totally ignore its findings.

Second, there is coercion by others; that is, the family in order to attain an inheritance, for example.

Third, we must consider caregiver burnout and the lack of adequate supports influencing some individuals to end their lives due to the effect that their illness is having on others.

Fourth, there is the possibility of this becoming a way to save health care dollars in the current climate of fiscal constraint.

Fifth, decisions are sometimes made under duress.

Sixth, there is undiagnosed depression and the effect on decision-making.

Seventh, the inability, at times, to give rational consent despite mental competence must be considered.

Finally, there is the possibility that a terminally ill patient's request for mercy killing can often be a cry for help; that is, adequate palliative care including pain and symptom management, rather than for death.

## [Translation]

conserver les dispositions actuelles du Code criminel, certains réclament une application rigoureuse de la loi. Quant à ceux qui souhaitent légaliser le suicide assisté et l'euthanasie, ils tiennent à ce que des changements soient apportés pour décriminaliser ces activités.

Si l'on décidait qu'il faut modifier la législation pour effectivement reconnaître des actes censés avoir été commis, on dispose de plusieurs options. On pourrait notamment modifier le Code criminel de manière à éliminer les obstacles à la libre disposition de soi ou élaborer une nouvelle loi qui légaliserait l'euthanasie et le suicide assisté. L'avantage de modifier le Code criminel, par opposition à l'établissement d'une nouvelle loi, c'est que l'on maintiendrait la notion selon laquelle donner la mort est mal, mais dans des circonstances exceptionnelles, la liberté de choix l'emporterait.

Il est primordial de protéger les personnes vulnérables contre ceux qui voudraient accélérer leur mort pour des motifs ultérieurs. La crainte qu'il soit impossible d'élaborer des mesures de protection suffisantes pour protéger les personnes dans tous les cas, autant celles qui ne veulent pas qu'on précipite leur mort que celles qui souhaitent mettre fin à leur vie et ont besoin d'aide pour le faire, est le principal facteur qui motive nombre de ceux qui s'opposent à ce qu'on modifie la loi.

Voici certaines des préoccupations soulevées concernant la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté:

Tout d'abord, le risque de dérapage, de l'euthanasie volontaire à l'euthanasie involontaire. Même si le rapport Remmelink des Pays-Bas exprime peut-être un certain parti pris, nous ne pouvons pas écarter complètement ses constatations.

Deuxièmement, il y a la coercition exercée par d'autres; c'est-à-dire par la famille pour obtenir un héritage par exemple.

Troisièmement, nous devons tenir compte du risque d'épuisement professionnel chez les soignants et de l'absence de mécanismes de soutien suffisants qui incite certaines personnes à mettre fin à leur vie en raison des conséquences que leur maladie a sur leur entourage.

Quatrièmement, il y a le risque que cela devienne un moyen de faire des économies en matière de soins de santé compte tenu du climat actuel de restrictions financières.

Cinquièmement, les décisions sont parfois prises sous la contrainte.

Sixièmement, il y a le risque d'une dépression non diagnostiquée et de son influence sur la prise de décisions.

Septièmement, il faut tenir compte de l'inaptitude, à certains moments, de donner son consentement rationnel malgré sa capacité mentale.

Enfin, il est possible qu'un patient en phase terminale qui demande qu'on mette fin à ses jours par compassion lance en fait un appel à l'aide; c'est-à-dire qu'on lui donne des soins palliatifs suffisants pour contrôler la douleur et les symptômes, plutôt que la mort.

*[Text]*

We are aware that codes of safeguards have been accepted in the Netherlands and in Oregon. We understand, however, that in the Netherlands this has not always proved effective. If the decision is made to change the law with respect to euthanasia and assisted suicide, then safeguards need to ensure that those who meet stringent criteria will have a right to self-determination, while those who do not are protected from abuse.

In addition to recommendations for safeguards already presented by various groups, the Senate committee might consider the following:

First, there must be an informed consent for assisted suicide or euthanasia with requirements similar in principle to those required for an informed consent for medical treatment. The requirement of informed consent should be extended to include appropriate advice; that is, alternatives such as palliative care, by not only physicians but also by other professionals such as psychologists, physiotherapists, nurses, pastoral care workers, et cetera, who are skilled and compassionate in caring for the terminally ill.

Second, it should be demonstrated that there is no self-interest in those giving advice. This requirement could be met by the approval of a disinterested third party such as a judge or a board.

Third, consent should not be given under duress.

Fourth, the decision should be given with appropriate written formulations.

Fifth, if the decision is made by a committee, or the attorney for personal care, it should be based on a prior directive and the above requirements should be fulfilled.

In summary, first, the Council on Aging strongly supports the need for palliative care to be available nationwide and in a variety of environments, both urban and rural. Education concerning the principles of palliative care should be available for physicians, other health care providers and the general public.

Second, the Council on Aging believes that legislation enshrining the legitimacy of advance directives based on informed choices should be available throughout Canada.

Third, the Council on Aging maintains that if adequate palliative care services were available and individuals have the choice to state their preferences for treatment in an advance directive prior to becoming terminally ill, the number of individuals who would consider euthanasia or assisted suicide would be minimal.

Fourth, the Council on Aging recognizes the fact that despite being given the best care possible, a small percentage of patients cannot be maintained in a pain-controlled existence. There are

*[Traduction]*

Nous savons que des mesures de protection ont été acceptées aux Pays-Bas et dans l'Oregon. Nous croyons savoir toutefois qu'aux Pays-Bas, ces mesures n'ont pas toujours été efficaces. Si l'on décide de modifier la loi en ce qui concerne l'euthanasie et le suicide assisté, il faut que ces mesures de protection permettent de s'assurer que ceux qui répondent à des critères rigoureux auront le droit de disposer d'eux-mêmes tandis que ceux qui n'y répondent pas seront protégés des abus.

En plus des recommandations en faveur de mesures de protection déjà présentées par divers groupes, le comité sénatorial pourrait envisager ce qui suit:

Tout d'abord, la personne qui réclame le suicide assisté ou l'euthanasie doit donner son consentement éclairé et les conditions doivent être semblables en principe à celles exigées lors du consentement éclairé à un traitement médical. La condition relative au consentement éclairé doit être élargie et prévoir la fourniture de conseils appropriés; c'est-à-dire la présentation d'autres options comme les soins palliatifs, non seulement par le médecin mais aussi par d'autres professionnels tels que des psychologues, des physiothérapeutes, des infirmières, des services de pastorale, et cetera, qui possèdent les compétences et la compassion nécessaires pour prendre soin de malades en phase terminale.

Deuxièmement, il faudrait prouver que ceux qui donnent des conseils ne recherchent pas un avantage personnel. À cet égard, une tierce partie désintéressée comme un juge ou une commission pourrait donner son approbation.

Troisièmement, le consentement ne devrait pas être donné sous la contrainte.

Quatrièmement, la décision devrait être donnée selon le libellé approprié.

Cinquièmement, si la décision est prise par un curateur ou un procureur au soin de la personne, elle devrait se fonder sur une directive préalable et les conditions susmentionnées devraient être remplies.

En résumé, premièrement, le Conseil sur le vieillissement appuie fermement la nécessité d'offrir des soins palliatifs dans l'ensemble du pays et dans divers milieux, urbains et ruraux. Il faudrait sensibiliser les médecins, les autres travailleurs de la santé et le grand public aux principes des soins palliatifs.

Deuxièmement, le Conseil sur le vieillissement estime qu'il devrait exister dans l'ensemble du Canada des lois qui inscrivent le caractère légitime des directives préalables basées sur des choix éclairés.

Troisièmement, le Conseil sur le vieillissement soutient que s'il existe des services adéquats de soins palliatifs et que chaque personne a le choix de déclarer ses préférences en matière de traitement dans une directive préalable avant d'être atteints d'une maladie fatale, le nombre de personnes qui envisageraient le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté serait minime.

Quatrièmement, le Conseil sur le vieillissement reconnaît que malgré les meilleurs soins possibles, il existe un faible pourcentage de patients chez qui il est impossible de soulager la douleur. Il



*[Texte]*

different pain thresholds, different abilities to tolerate suffering and different philosophies concerning the bearing of pain.

Fifth, the Council on Aging agrees with physician intervention to ease pain and suffering even if it shortens life. However, in this case, the purpose of the intervention would be pain control, not euthanasia or assisted suicide.

Sixth, the Council on Aging will not take a position on the legalization of assisted suicide and euthanasia. Among the members there were the following perspectives: Some members were prepared to accept the concepts of assisted suicide and euthanasia, provided adequate safeguards were established to protect the vulnerable; some members flatly disagreed with these concepts; and other members voiced the opinion that although they would not wish to terminate their own lives in this manner, it was an individual's right to make his or her own decisions.

Finally, the Council on Aging suggests that if euthanasia and assisted suicide were made legal, this should be realized through changes in the Criminal Code with adequate safeguards which must be reasonable, enforceable and enforced.

I close with a quote which reflects the dilemma we had in our deliberations and which I expect reflects that of this committee:

Yet shall I temper so  
Justice with mercy, as may illustrate most  
Them fully satisfied, and thee appease.

**Senator Beaudoin:** My question concerns your section 6.7. You state that if euthanasia and assisted suicide is legalized, then changes should be made to the Criminal Code. I agree that it should be in the Criminal Code and not left to the tribunals or the courts of justice in a legal vacuum.

We see that situation in Holland. Perhaps they are at the forefront of this area. For the first few years, they left it to the courts in the main, and it was not always good. In other words, in a case like that, the last word will be with Parliament and not with the courts.

**Ms Chapman:** That was one position. You will realize from our discussion that there were several positions.

**Senator Beaudoin:** My second question concerns your point 6.5. Is it the double-effect doctrine which you oppose? In other words, if a person is suffering, then, of course, the physician should ease the pain even if it shortens the patient's life. We have no problem with that in the sense that the dosage to ease such pain may be raised if the pain is greater. Obviously, you favour the theory that the doctor is looking after pain control and not administering a lethal injection as such. Is that the distinction you make?

*[Translation]*

existe différents seuils de douleur, différentes capacités de tolérer la douleur et différentes philosophies concernant la capacité de supporter la douleur.

Cinquièmement, le Conseil sur le vieillissement est d'accord pour qu'un médecin intervienne pour contrôler la douleur et la souffrance même si cela risque d'abrégé la vie. Cependant, dans ce cas, l'objet de l'intervention doit être le contrôle de la douleur, et non pas l'euthanasie, ni le suicide assisté.

Sixièmement, le Conseil sur le vieillissement ne prendra pas position sur la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie. Voici les points de vue exprimés par les membres: Certains membres étaient prêts à accepter les notions de suicide assisté et d'euthanasie à condition que des mesures de protection suffisantes soient établies pour protéger les personnes vulnérables; certains membres s'opposent catégoriquement à ces notions; et d'autres ont indiqué que même s'ils ne souhaitaient pas mettre fin à leur propre vie de cette façon, il appartenait à chacun de prendre cette décision.

Enfin, le Conseil sur le vieillissement propose que si l'euthanasie et le suicide assisté sont légalisées, il faudrait le faire en modifiant le Code criminel et prévoir des mesures de protection suffisantes qui soient raisonnables, applicables et appliquées.

Comme l'a dit Milton et je crois que cela traduit le dilemme auquel nous avons dû faire face dans nos délibérations et devant lequel doit sans doute se trouver le comité:

Il faut tempérer la justice par la compassion.

**Le sénateur Beaudoin:** Ma question porte sur la partie 6.7 de votre mémoire. Vous déclarez que si l'euthanasie et le suicide assisté sont légalisées, il faudrait alors modifier le Code criminel. Je conviens que ces mesures devraient être prévues par le Code criminel et ne pas être laissées au jugement des tribunaux, dans un vide juridique.

Nous voyons ce qui se passe en Hollande. Ce sont sans doute les premiers à s'aventurer dans ce domaine. Au début, ils ont laissé les tribunaux décider et le résultat n'a pas toujours été satisfaisant. En d'autres mots, dans un cas comme celui-là, c'est le Parlement et non les tribunaux qui aura le dernier mot.

**Mme Chapman:** C'était l'une des positions exprimées. Vous constaterez d'après nos discussions qu'il en existait plusieurs.

**Le sénateur Beaudoin:** Ma deuxième question porte sur la partie 6.5 de votre mémoire. Est-ce que vous vous opposez à la doctrine du double effet? En d'autres mots, si une personne souffre, alors bien entendu, le médecin doit apaiser la douleur même si cela abrège la vie du patient. Cela ne nous pose aucun problème en ce sens qu'il est possible d'augmenter le dosage pour apaiser la douleur si la douleur est très grande. Manifestement, vous préconisez que le médecin s'occupe de contrôler la douleur mais n'administre pas d'injection mortelle en tant que telle. Est-ce la distinction que vous faites?

[Text]

**Ms Chapman:** That is the distinction. We have thought about this in great detail. One of the suggestions was to add to that comment that, however, some physicians are uncomfortable with this either from a personal-principle or fear-of-litigation point of view. The result could be undue suffering for some members of the small group of patients who suffer intractable pain. It is a fine line if people are not prepared to look at it as pain control but worried about it being construed as euthanasia. We want to look at it as pain control.

**Senator Beaudoin:** Yes, perhaps it would be advantageous for the medical profession if that were legalized. It is not illegal to give morphine in such cases. In order to set aside the fear of physicians, perhaps that should be clearly recognized in the law.

**Ms Chapman:** I do not know how that would be done.

**Senator Beaudoin:** It could be done with some creative imagination. It is possible. It is what I call the "double-effect doctrine". It may have the effect of shortening life, but its main purpose is to ease pain.

**Senator Keon:** In my opinion, this is the best brief we have had.

**Ms Chapman:** Thank you.

**Senator Keon:** It was absolutely delightful. I think it is a fitting way for us to end our hearings. It was beautifully presented and so concise that one hardly has to ask any questions about it.

**Ms Chapman:** Thank you.

**Senator Keon:** However, I wish to take you back to your points 6.4 and 6.5, because they point to the Achilles' heel of the issue. Despite your beautiful brief, you are skating around the issue in those two points.

**Senator Beaudoin:** But they do it beautifully.

**Senator Keon:** Like so many others, you have emphasized pain and suffering, but there is another component in there which must be considered.

For example, an elderly patient dying of congestive heart failure does not have any pain but does have terrible indignity. They become bloated and have liver failure and repeated lung infections and so forth, and they will literally say, "Just get me out of this." There is no hope of them ever getting better, and whatever days they have left are going to be in a hospital on intensive diuretics and oxygen therapy and the rest of it. This is where I feel that society has failed. We have not had the candour or the communications or the intellectual honesty to come to grips with this.

You mentioned the distrust that motivates the medical profession. Many of them are afraid of being accused of accelerating a death. Many of them are confused. Many of them have strong moral convictions about this.

[Traduction]

**Mme Chapman:** Oui. Nous avons beaucoup réfléchi là-dessus. L'une des suggestions était d'ajouter à ce commentaire que certains médecins ne sont pas à l'aise avec cette notion soit par principe personnel, soit par crainte de poursuites, ce qui risque d'entraîner des souffrances indues pour certains membres d'un petit groupe de patients qui éprouvent des douleurs irréductibles. La ligne de démarcation est très faible si les gens ne sont pas prêts à considérer qu'il s'agit de contrôler la douleur et craignent qu'on interprète ce geste comme un acte d'euthanasie. Pour notre part, nous considérons cela comme une mesure de contrôle de la douleur.

**Le sénateur Beaudoin:** Oui, il serait peut-être avantageux pour les membres de la profession médicale si on légalisait cette procédure. Il n'est pas illégal d'administrer de la morphine dans de tels cas. Si l'on veut apaiser les craintes des médecins, il faudrait peut-être que cette procédure soit clairement reconnue par la loi.

**Mme Chapman:** Je ne vois pas comment on pourrait le faire.

**Le sénateur Beaudoin:** Il suffirait d'un peu d'imagination. C'est possible. C'est ce que l'on appelle la doctrine du double effet. Elle peut avoir comme résultat d'abrégé la vie mais son principal objet est d'apaiser la douleur.

**Le sénateur Keon:** À mon avis, c'est le meilleur mémoire qui nous a été présenté.

**Mme Chapman:** Je vous remercie.

**Le sénateur Keon:** C'était tout à fait admirable. Je pense que cela termine tout à fait bien nos audiences. Votre exposé a été admirablement présenté et avec une telle concision que les questions sont pratiquement inutiles.

**Mme Chapman:** Je vous remercie.

**Le sénateur Keon:** J'aimerais toutefois que l'on revienne aux parties 6.4 et 6.5 de votre mémoire parce qu'elles renferment une lacune. Malgré votre mémoire admirable, dans ces deux parties, vous esquiviez un aspect de la question.

**Le sénateur Beaudoin:** Oui, mais ils le font si admirablement.

**Le sénateur Keon:** Comme bien d'autres groupes, vous avez mis l'accent sur la douleur et la souffrance mais il y a un autre élément dont il faut tenir compte.

Par exemple, un patient âgé qui est en train de mourir d'une insuffisance cardiaque congestive n'éprouve pas de douleur mais subit une terrible indignité. Il se met à gonfler, souffre d'insuffisance hépatique et d'infections pulmonaires à répétition et ainsi de suite au point où cela lui devient insupportable. Ces patients n'ont aucun espoir de voir leur état s'améliorer et ils devront passer les jours qu'il leur reste à vivre dans un hôpital et se voir administrer de façon intensive des diurétiques et subir de l'oxygénothérapie et ainsi de suite. C'est là où j'estime que la société a échoué. Nous n'avons pas eu la franchise ou l'honnêteté intellectuelle de faire face à cette situation.

Vous avez mentionné la méfiance qui anime le corps médical. Beaucoup d'entre eux ont peur d'être accusés d'avoir précipité la mort. Beaucoup d'entre eux ne savent plus où ils en sont. Beaucoup d'entre eux ont de fortes convictions morales à ce sujet.



## [Texte]

To my mind, there is a need for some movement. We have to find a way of allowing some movement where if somebody has lived a full life and they are lucid and they have had enough and they want a way out, they should be able to call the shot. I am not necessarily saying that somebody should be allowed to come in and be put sleep with an injection. However, if they want to take more than their normal dose of sedation, I do not think they should be obstructed as much as they have been in the past.

**Ms Chapman:** There were some people on our task force who felt that way too. There were also some who felt that one should not be doing that if its purpose is to end life. We have the two positions, both of which I am sure you are wrestling with as well.

Section 6.4 acknowledges that there is a terrible dilemma which most of us on the task force have lived through with family and friends. We hope that, with advanced directives, family and physicians will be able to understand the mind of the person who is suffering. When you are in that state, it is very hard to even communicate clearly. However, if decisions had been made ahead of time and people have talked together and there has been counselling, hopefully appropriate interventions or help can be given in those very difficult situations. That is the feeling that was expressed in the committee by the people who were against just straight lethal injection.

**The Chairman:** It seems to me that Senator Keon was saying that if you were to go one step beyond helping the type of patient he talked about, it would not be just for the purpose of ending his life. It would be to end the suffering as well. In the first instance, which we all accept, we can give medication to aid the suffering, even if it shortens life. That is now accepted. It seems to me that Senator Keon was talking about one step further. However, it is not just to end life, but to end the suffering.

**Ms Chapman:** Would that not go under section 6.5, then?

**The Chairman:** I do not know. Senator Keon, you were talking about that as well?

**Senator Keon:** I too am struggling with how far to go. I was commenting earlier today that in my own medical life, I have been trying to recall when people asked to be euthanized, and that does not really happen. That may be because of the kind of medical practice I am involved in. I can only recall one case many years ago when a bad burn case asked to be put away.

The point is, in my opinion, there are elderly people who are being held onto by family and the health care establishment, with all the best intentions. People are trying to be compassionate and caring, but they are going too far.

**Ms Chapman:** Are you speaking of the withdrawal?

## [Translation]

À mon avis, il faut prévoir une certaine latitude. Nous devons trouver un moyen de prévoir une certaine latitude afin qu'une personne qui a vécu pleinement, qui est lucide et qui en a assez et veut en finir, puisse prendre cette décision. Je ne veux pas dire nécessairement qu'il faudrait permettre à quelqu'un de se faire administrer une injection mortelle. Cependant, s'ils veulent qu'on leur prescrive une dose de sédatifs supérieure à la normale, il ne faudrait pas à mon avis leur créer autant d'obstacles que par le passé.

**Mme Chapman:** Certains membres de notre groupe de travail étaient du même avis. Certains également s'y opposaient si l'objet d'un tel acte était de mettre fin à la vie. Nous avons deux positions avec lesquelles je suis sûre que vous vous débattiez également.

La partie 6.4 reconnaît le dilemme terrible devant lequel se sont trouvés la plupart des membres du groupe de travail face avec leurs familles et leurs amis. Nous espérons que grâce aux directives préalables, la famille et les médecins seront en mesure de comprendre la volonté de la personne qui souffre. Lorsqu'on est dans cet état, il est très difficile de communiquer clairement. Cependant, si des décisions ont été prises à l'avance et que les gens se sont parlés et qu'il y a eu du counselling, on peut alors espérer que l'on prévoira des interventions ou une aide appropriées dans ces situations très difficiles. C'est le sentiment qui a été exprimé au sein du comité par ceux qui s'opposaient à l'administration pure et simple d'une injection mortelle.

**La présidente:** Il me semble que ce que le sénateur Keon a dit, c'est que si l'on voulait faire plus que simplement aider le genre de patient dont il a parlé, ce ne serait pas uniquement pour mettre fin à sa vie mais aussi pour mettre fin à ses souffrances. Dans le premier cas, que nous acceptons tous, on peut administrer des médicaments pour apaiser la douleur même s'ils abrègent la vie. Cela est maintenant accepté. Il me semble que le sénateur Keon parlait d'une étape supplémentaire, dont l'objet n'est pas de simplement mettre fin à la vie mais de mettre fin aux souffrances.

**Mme Chapman:** Cela ne relèverait-il pas alors de la partie 6.5?

**La présidente:** Je ne sais pas. Sénateur Keon, vous parliez de cela aussi?

**Le sénateur Keon:** Je me demande moi aussi jusqu'où on peut aller. Comme je l'ai indiqué plus tôt, j'essayais de me rappeler quand, dans ma propre vie professionnelle, des gens ont demandé à être euthanasiés et cela ne se produit pas vraiment. C'est peut-être à cause du genre de médecine que j'exerce. Je ne me souviens que d'un cas, il y a de nombreuses années, lorsqu'un grand brûlé avait demandé qu'on mette fin à sa vie.

Le fait est, à mon avis, qu'il existe des personnes âgées que la famille et les établissements de soins de santé tiennent absolument à garder en vie, avec les meilleures intentions du monde. Les gens veulent faire preuve de compassion et de bienveillance mais ils vont trop loin.

**Mme Chapman:** Est-ce que vous parlez de l'interruption de traitement?

[Text]

**Senator Keon:** No, that is not good enough. Early in these deliberations, I said something which the AIDS patients picked up. I said that if somebody really wants to pass on, they can accomplish it by simply not eating and drinking, and they will not be around very long. Of course, this was refuted by the AIDS patients and some other groups. They said that this is a very poor way for somebody to go if they decide that is what they want. There should be a more compassionate and easier way of going than that.

I am not suggesting that we should go so far as to allow a friend, a loved one, a family member, or physician or other health care worker to come in and give somebody that lethal injection. However, there are many people who would be quite prepared to get into their rocking chair with a good glass of scotch and take their full month's medication on their own, and they are not being allowed to do that.

**Ms Chapman:** We did not discuss that as a solution. We did not go into specifics. Perhaps someone else from the Council on Aging could comment.

**The Chairman:** Certainly. Would you be good enough to identify yourself for the record?

**Mr. Campbell Lamont, Council on Aging:** I am a retired professor of family medicine. I spent 19 years of my life in rural general practice, so I have had a wide experience. It will be 50 years next year since I graduated. I am a senior.

I was interested in the patient with extreme congestive failure whom Senator Keon described. My experience is that if you give them a lot of morphine, you can relieve a lot of their stress, along with oxygen and diuretics and a lot of other things. In cases of extreme congestive failure and in cases of lung failure, you often shorten their life by giving them morphine to relieve their stress. However, if they are having pain from other causes such as cancer, then you are justified in giving them morphine even though it will do terrible things to their pulmonary insufficiency and their congestive heart failure. In this case, I would certainly give them enough morphine to relieve their stress. I would shorten their life, but I would not feel the least bit guilty about doing so.

**The Chairman:** Would you like to add anything more to what has been said? Perhaps you could stay there, because we have some more questions.

**Mr. Lamont:** Perhaps I will stay here if I can be of help to Marian.

**Senator Lavoie-Roux:** I thank the Council on Aging for appearing today. Since we began, I have been asking that a senior's group appear before us. You are the last ones to be heard, but you are here.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Non, cela n'est pas suffisant. Au début des délibérations, j'ai fait une remarque qui a été reprise par des patients atteints du sida. J'ai dit que si quelqu'un veut réellement mettre fin à ses jours, il n'a simplement qu'à cesser de manger et de boire et il n'en aura pas pour très longtemps. Bien sûr, cela a été réfuté par des sidéens et d'autres groupes. Ils ont indiqué que c'est une façon très pénible de mourir. Il devrait exister des moyens plus faciles de mourir qui témoignent d'une plus grande compassion.

Je ne veux pas dire que nous devrions aller jusqu'à permettre qu'un ami, un proche, un membre de la famille, un médecin ou un autre travailleur de la santé administre à quelqu'un une dose létale de médicaments. Cependant, il y a bien des gens qui seraient tout à fait prêts à s'installer dans leur chaise berçante avec un bon verre de scotch et à prendre eux-mêmes l'équivalent d'un mois de médicaments, mais on ne le leur permet pas.

**Mme Chapman:** Nous n'avons pas abordé cette solution. Nous ne sommes pas allés dans les détails. Un autre membre du Conseil sur le vieillissement pourrait peut-être faire des commentaires.

**La présidente:** Certainement. Auriez-vous l'amabilité de vous présenter pour le compte rendu?

**M. Campbell Lamont, Conseil sur le vieillissement:** Je suis un professeur de médecine familiale, à la retraite. J'ai passé 19 ans de ma vie à pratiquer la médecine générale en milieu rural, par conséquent je possède une vaste expérience. Il y aura 50 ans l'année prochaine que j'ai obtenu ma licence. Je suis une personne du troisième âge.

J'ai trouvé intéressant le cas décrit par le sénateur Keon du patient ayant une défaillance cardiaque congestive. D'après mon expérience, si vous administrez à ces patients beaucoup de morphine, vous pouvez soulager une bonne partie de leur stress en administrant également entre autres de l'oxygène et des diurétiques. Dans les cas de défaillance congestive extrême et de défaillance pulmonaire, on se trouve souvent à abrégé leur vie en leur administrant de la morphine pour soulager leur stress. Cependant, s'ils éprouvent de la douleur causée entre autres par le cancer, vous êtes alors en droit de leur administrer de la morphine même si cela aggraverait leur insuffisance pulmonaire et leur défaillance cardiaque congestive. Dans ce cas, je leur administrerais assurément assez de morphine pour soulager leur stress. Cela abrégérait leur vie mais je ne me sentrais absolument pas coupable de le faire.

**La présidente:** Aimerez-vous ajouter autre chose à ce qui a été dit? Vous pourriez peut-être rester avec nous car nous avons d'autres questions.

**M. Lamont:** Je resterai si je puis être utile à Marian.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Je remercie le Conseil sur le vieillissement d'avoir comparu aujourd'hui. Depuis le début des audiences, j'ai demandé qu'on invite un groupe de personnes du troisième âge à comparaître devant nous. Vous êtes les derniers témoins à comparaître mais vous êtes là.



[Texte]

Senator Keon said you were skating around fairly well, covering the various options, but not sticking to one in particular. That shows how complex and delicate this issue is. I can understand that.

Has your group studied the abuse of the elderly or violence towards the elderly?

**Ms Chapman:** Yes.

**Senator Lavoie-Roux:** Do you agree that this takes place?

**Ms Chapman:** Yes.

**Senator Lavoie-Roux:** It cannot be denied. We do not know the extent of the problem, but we will come to know.

**Ms Chapman:** The Council on Aging has been involved in two projects related to the elderly and abuse. One was to look at the situation and develop modules for assessment of persons. We are in the second phase now of assessing those modules; for example, how to assess if a person is abused and then setting up a hostel for the abused elderly. We will not run this hostel, but the community will take it over. That has been our involvement, and that is why you see this particular comment on financial abuse.

**Senator Lavoie-Roux:** Why I ask this question and why I am so anxious to hear from seniors is that, with all due respect to my friend across the table, Senator Keon, seniors are being abused generally, we say, by their relatives, but there is also some form of abuse by doctors. When an elderly patient comes in, he or she is not as interesting a case as a 40 year old man or woman.

You said there should be safeguards if we ever legislate in terms of liberating or enlarging the Criminal Code to allow euthanasia or assisted suicide. Holland has incorporated safeguards. Do you feel there could be enough safeguards to protect the elderly? The elderly are often in a fragile situation. They are often alone with little family around them. I am painting the worst picture. There are older children who look after their parents. However, the family sometimes coerces the elderly person.

My question is this: Do you feel that proper safeguards could protect the elderly from those who would abuse euthanasia?

**Ms Chapman:** In Ontario, the elderly are protected in two ways. One is by establishing a power of attorney for personal care. Are you familiar with that?

**Senator Lavoie-Roux:** Yes.

[Translation]

Le sénateur Keon a indiqué que vous vous êtes très bien débrouillés et avez abordé les diverses options sans en retenir une en particulier. Cela indique à quel point la situation est complexe et délicate. Je peux le comprendre.

Votre groupe a-t-il étudié les mauvais traitements dont font l'objet les personnes âgées ou la violence à l'endroit des personnes âgées?

**Mme Chapman:** Oui.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Ce genre de cas existent donc bel et bien?

**Mme Chapman:** Oui.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** On ne peut pas le nier. Nous ne connaissons pas l'ampleur du problème mais cela ne saurait tarder.

**Mme Chapman:** Le Conseil sur le vieillissement a participé à deux projets ayant trait aux mauvais traitements subis par les personnes âgées. L'un consistait à examiner la situation et à élaborer des modules pour évaluer les gens. Nous en sommes maintenant à la deuxième étape qui consiste à évaluer ces modules; par exemple, comment déterminer si une personne a fait l'objet de mauvais traitements, puis mettre sur pied un foyer pour personnes âgées maltraitées. Nous ne dirigerons pas ce foyer, la communauté s'en occupera. Voilà en quoi a consisté notre participation et c'est pourquoi vous avez pu lire ce commentaire particulier sur l'exploitation financière.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** La raison pour laquelle je pose ces questions et je tiens tellement à entendre le point de vue de personnes du troisième âge, c'est que, avec tout le respect que je dois à mon collègue d'en face, le sénateur Keon, les personnes du troisième âge sont généralement maltraitées disons par leurs proches mais également font l'objet d'une certaine forme de mauvais traitements de la part de leurs médecins. Un patient âgé ne présente pas autant d'intérêt qu'une personne dans la quarantaine.

Vous avez indiqué qu'il faudrait prévoir des mesures de protection si nous décidons de modifier le Code criminel pour légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté. La Hollande a prévu de telles mesures. À votre avis, est-il possible de prévoir des mesures de protection suffisantes pour protéger les personnes âgées? Les personnes âgées sont souvent dans une situation vulnérable. Elles sont souvent seules et n'ont pas beaucoup de famille pour s'occuper d'elles. Je suis en train de mettre la situation au pire. Il y a des enfants plus âgés qui s'occupent de leurs parents. Toutefois, il arrive que la famille contraigne la personne âgée.

Ma question est la suivante: À votre avis, serait-il possible d'établir des mesures de protection suffisantes à l'intention des personnes âgées afin de les protéger de ceux qui pourraient abuser de l'euthanasie?

**Mme Chapman:** En Ontario, les personnes âgées sont protégées de deux façons. L'une consiste à établir une procuration relative au soin de la personne. Êtes-vous au courant de cette procédure?

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Oui.

[Text]

**Ms Chapman:** The person can appoint someone to look after them who is not one of the persons victimizing them. You very carefully choose that person.

The other protection has to do with the Substitute Decisions Act. The act provides that if a person is not able to look after themselves and does not have anyone, a person will be appointed by the trustee to look after them. Hence, there are those safeguards. A person should not be by themselves.

**Senator Lavoie-Roux:** Let us say that the elderly individual has not been able to appoint an individual while he or she was still lucid. Do you feel existing laws would be sufficient? The family could come around again to be appointed, although they were not appointed while the person was lucid. There may have been good reasons why a particular family member was not appointed. Do you feel that the law in Ontario, as it exists, is good enough to eliminate these close relatives in order that another trustee can —

**Ms Chapman:** Perhaps Charles Scott could answer that question. Charles Scott is a retired lawyer and a member of our committee.

**Mr. Charles Scott, Member, Council on Aging:** To respond to the senator's question, under this intended legislation, which is still not proclaimed, one can appoint either several persons or alternates; in other words, in succession. That should answer your question, senator.

One should understand that there was great diversity of opinion within the special task force. Hence, to ask the chairman of the council to take a position on certain questions is not something she can do. For instance, with respect to the question that Senator Keon put, some people would have replied firmly in one direction and some people would have replied exactly the opposite way and just as firmly.

We have not come to a consensus because the first request to the council was less than a month ago. Then we had the Christmas break. However, I do not think you could ever come to a consensus amongst the members of the council. So we had this very interesting diversity. However, you can cover that by taking a backup position under the power of attorney for personal care.

**Senator Corbin:** Part 5.4, "Legal Options", section g), reads:

The inability at times to give rational consent despite mental competence.

I do not quite understand that point. Could you elucidate that please?

**Ms Chapman:** Mental competence is a definable state. If you can answer certain questions correctly, you are considered mentally competent. In a state of great pain, you might know who the Prime Minister is, but you still are not really functioning well in making decisions. It is that kind of state about which we are concerned.

[Traduction]

**Mme Chapman:** Une personne peut nommer quelqu'un pour s'occuper d'elle, qui n'est pas l'une des personnes qui la maltraite. Il faut choisir très soigneusement cette personne.

L'autre mécanisme de protection est prévu par la Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui. Cette loi prévoit que si une personne est incapable de s'occuper d'elle-même et n'a personne pour le faire, une personne sera nommée par le curateur public pour s'occuper d'elle. Ce sont donc les mécanismes de protection prévus. On ne doit pas laisser ce genre de personne se débrouiller seule.

**Le sénateur Lavoie-Roux:** Si la personne âgée n'a pu nommer quelqu'un pendant qu'elle était toujours lucide, à votre avis, les lois existantes seraient-elles suffisantes? La famille pourrait revenir à la charge pour être nommée même si elle ne l'a pas été pendant que la personne était lucide. Elle avait peut-être de bonnes raisons pour ne pas nommer un membre de sa famille en particulier. À votre avis, la loi ontarienne, dans sa forme actuelle, permet-elle d'éliminer ces parents proches afin qu'un autre tuteur puisse...

**Mme Chapman:** Charles Scott pourrait peut-être répondre à cette question. Charles Scott est un avocat à la retraite qui fait partie de notre comité.

**M. Charles Scott, membre du Conseil sur le vieillissement:** Pour répondre à la question du sénateur, en vertu de cette loi qui n'a pas encore été proclamée, il est possible de nommer plusieurs personnes ou remplaçants; en d'autres mots, successivement. Cela devrait répondre à votre question, madame le sénateur.

Il faut comprendre qu'il y avait une grande divergence d'opinions au sein du groupe de travail spécial. Par conséquent, il est impossible de demander à la présidente du Conseil de prendre position sur certaines questions. Par exemple, en ce qui concerne la question posée par le sénateur Keon, certaines personnes auraient répondu fermement dans un sens et d'autres auraient répondu tout aussi fermement dans un sens opposé.

Nous ne sommes pas arrivés à un consensus parce que le Conseil a reçu la première demande il y a moins d'un mois. Puis, nous avons eu le congé de Noël. De toute façon, je ne crois pas qu'il serait possible que les membres du conseil arrivent à un consensus. Nous avons donc cette diversité très intéressante. Cependant, à cet égard, on pourrait adopter une autre position en vertu de la procuration relative au soin de la personne.

**Le sénateur Corbin:** La partie 5.4, «Options juridiques», paragraphe g), se lit comme suit:

L'incapacité, par moments, de donner un consentement rationnel malgré sa capacité mentale.

Je ne comprends pas tout à fait ce point. Pourriez-vous nous donner plus de précision s'il vous plaît?

**Mme Chapman:** La capacité mentale est un état définissable. Si vous pouvez répondre à certaines questions correctement, vous êtes considéré capable. Une personne qui souffre beaucoup peut savoir qui est le premier ministre sans pour autant être réellement en mesure de prendre des décisions. C'est ce genre d'état auquel nous nous intéressons.



[Texte]

**Senator Corbin:** You are competent but momentarily lost?

**Ms Chapman:** You are having difficulty weighing those kinds of decisions. It is the mental competency, the mental health state.

**Senator Corbin:** It is like us at times. We have been sitting here since 9:30 this morning and I cannot tell you how many millions of words we have attempted to absorb. I notice that Senator Beaudoin closed his book some time ago.

We are dealing here with mental competence. We were looking at definitions this morning. I take the point that competence has to be established by some kind of a means test in every individual case. A definition does not necessarily respond to individual situations.

In the next part on page 9, under paragraph a), you say:

There must be an informed consent for assisted suicide or euthanasia with requirements similar in principle to those required for an informed consent for medical treatment.

That could also be taken to read "for refusal of medical treatment".

So mental competence, in your opinion, entails informed and rational consent at all times?

**Ms Chapman:** Yes.

**Senator Corbin:** I had never heard the word "committee" used in that way.

In terms of that kind of representative committee, a person who has power of attorney or what have you, what would be the requirements for competence in his or her case when acting on behalf of the patient? Of course you would need intellectual, rational competence. There is also legal competence which can be questioned by anyone within the family group.

A patient designates a friend to look after medical decisions when he or she reaches the point of incompetency or is totally invalid. Is there not a potential here for very serious conflict between the interests of close family members and that appointed person? Is that not an area in which you can get very emotionally worked up? In life and death matters such as these, do the interests of the family members not have absolute priority over those of a designated person who is not a family member?

**Mr. Scott:** Madam Chairman, the act which will, for the first time in Ontario, give power to an attorney for personal care has not yet been proclaimed. It is a new creation. We have had a committee of the person, a committee of the estate, but an attorney for personal care is a new concept for Ontario law. I cannot interpret all the words which the Ontario legislature has put into that act, but I would say that the attorney for personal care, acting within the scope of the authority given to him, would be paramount unless he was removed. There are provisions in the act for the removal of an attorney for personal care and an

[Translation]

**Le sénateur Corbin:** C'est-à-dire une personne capable mais momentanément désorientée?

**Mme Chapman:** C'est-à-dire qui a de la difficulté à peser ce genre de décisions. C'est la capacité mentale, l'état de santé mentale.

**Le sénateur Corbin:** C'est un peu comme nous à certains moments. Nous siégeons depuis 9 h 30 ce matin et je suis incapable de vous dire combien de millions de mots nous avons essayé d'absorber. Je remarque que le sénateur Beaudoin a fermé son livre il y a un bon moment.

Nous abordons ici la question de capacité mentale. Nous avons examiné les définitions ce matin. Cette capacité doit donc être établie par une certaine forme d'évaluation individuelle. Une définition ne permet pas nécessairement de tenir compte des situations individuelles.

À la page suivante à la page 9, au paragraphe a), vous dites:

La personne qui réclame le suicide assisté ou l'euthanasie doit donner son consentement éclairé et les conditions doivent être semblables en principe à celles exigées lors du consentement éclairé à un traitement médical

On pourrait interpréter cela comme «un refus de traitement médical».

Par conséquent, selon vous, la capacité mentale suppose un consentement éclairé et rationnel en tout temps?

**Mme Chapman:** Oui.

**Le sénateur Corbin:** Je n'ai jamais entendu le mot anglais «committee» utilisé de cette façon.

En ce qui concerne ce curateur ou représentant, c'est-à-dire la personne qui a le pouvoir d'agir en vertu d'une procuration, quelles seraient les conditions relatives à la capacité dans son cas si elle agit au nom du patient? Bien entendu, elle doit posséder une capacité intellectuelle ou rationnelle. Il y a également la capacité juridique qui peut être contestée par un membre de la famille.

Un patient désigne un ami pour qu'il s'occupe des décisions médicales s'il devient incapable ou complètement invalide. N'existe-t-il pas un risque de conflit très grave entre les intérêts des proches et ceux de la personne désignée? Cela ne risque-t-il pas de donner lieu à des émotions très vives? Dans les questions de vie et de mort comme celles-là, les intérêts de la famille ne doivent-ils pas avoir absolument priorité sur ceux d'une personne désignée qui ne fait pas partie de la famille?

**M. Scott:** Madame la présidente, la loi qui accordera, pour la première fois en Ontario, une procuration relative au soin de la personne n'a pas encore été promulguée. C'est tout nouveau. Il existe déjà un curateur de la personne, un curateur aux biens mais la fonction de procureur au soin de la personne est une nouvelle notion en matière de droit en Ontario. Je ne suis pas en mesure d'interpréter tout le libellé de la loi mais le procureur au soin de la personne, qui agit dans le cadre des pouvoirs qui lui sont accordés, serait investi du pouvoir de décisions à moins qu'il soit révoqué. La loi prévoit la révocation d'un procureur au soin de la personne

[Text]

attorney to look after property. However, absent that, my opinion is that the attorney would be paramount.

**Senator Corbin:** This is evolving. Nevertheless, I see it as an area of great emotional conflict. I am not sure, as much as the law has tried to resolve or anticipate some of the difficulties, that it in fact has. We will have some pretty distasteful and perhaps vicious situations which will end up in court.

**Mr. Scott:** Madam Chairman, I agree with the senator because there are many things in the legislation passed in the Ontario legislature with which some people do not agree.

**Senator Beaudoin:** Is it true that under the Ontario legislation you may verbally change the terms of the proxy? It is quite strange.

**Mr. Scott:** Yes, I agree. This is something that was added in the one day on which they allow changes in the Ontario legislature and changes suddenly appear from one side or another. Apparently, verbal directions expressed later may overcome the written.

**Senator Beaudoin:** Who has the burden of evidence? You may change your mind and verbally amend the original document. That is good for the lawyers. It will go to the Supreme Court of Canada.

**Mr. Scott:** I could not have expressed it so well myself. I agree totally with that expression of the senator.

**Senator Corbin:** Where does that leave the medical practitioners? They are caught in the middle of the fight.

**Mr. Scott:** That is the basic problem.

**The Chairman:** The Ontario Medical Association expressed great concern about that.

**Mr. Scott:** There is much in those acts with which certain people do not agree.

**Senator Beaudoin:** But we do not know the reasons why they did it.

**The Chairman:** We have to go back and read the debates.

**Mr. Scott:** I have forgotten whether it was done in the Committee of the Whole or in third reading. There were many amendments suddenly brought into those acts in the dying days of consideration.

**Senator Corbin:** Ontario needs a Senate.

**Mr. Scott:** Yes.

**Senator Desmarais:** I want to thank you for your presentation. It has been excellent. I have a brief question.

I am intrigued a little by items which you mention under "5.4 Legal Options" on page 8, third paragraph:

[Traduction]

et d'un curateur aux biens. Cependant, mon opinion est que les décisions du procureur primeraient.

**Le sénateur Corbin:** La situation est en train d'évoluer. Je n'en considère pas moins que cela pourrait être une source d'énormes conflits émotionnels. Je ne suis pas sûr, si la loi a tâché de régler ou de prévoir certaines de ces difficultés. Nous risquons de nous retrouver avec des situations assez désagréables et pires encore qui finiront devant les tribunaux.

**M. Scott:** Madame la présidente, je suis d'accord avec le sénateur car la loi adoptée par l'assemblée législative de l'Ontario renferme de nombreux éléments avec lesquels certaines personnes ne sont pas d'accord.

**Le sénateur Beaudoin:** Est-il vrai qu'en vertu de la loi ontarienne, il est possible de modifier oralement les conditions de la procuration? C'est assez étrange.

**M. Scott:** Oui, je suis d'accord. C'est un élément qui a été ajouté lors de la journée où l'assemblée législative de l'Ontario autorise que des modifications soient apportées et des modifications ont surgi de toute part. Apparemment, des instructions données de vive voix plus tard peuvent primer sur les instructions écrites.

**Le sénateur Beaudoin:** Qui a le fardeau de la preuve? On peut changer d'idée et modifier de vive voix le document original. C'est bon pour les avocats. La Cour suprême du Canada sera sans doute appelée à trancher la question.

**M. Scott:** Je n'aurais pas pu mieux le dire moi-même. Je suis tout à fait d'accord avec ce que vient de dire le sénateur.

**Le sénateur Corbin:** Que deviennent les médecins dans tout cela? Ils se trouvent coincés au milieu.

**M. Scott:** C'est là le problème fondamental.

**La présidente:** L'Association médicale de l'Ontario a exprimé de grandes réserves à cet égard.

**M. Scott:** Ces lois renferment de nombreux éléments avec lesquels certaines personnes ne sont pas d'accord.

**Le sénateur Beaudoin:** Mais nous ne connaissons pas les raisons pour lesquelles ils ont agi ainsi.

**La présidente:** Nous devrions lire les débats.

**M. Scott:** Je ne me souviens pas si cela a été fait au comité plénier ou lors de la troisième lecture. De nombreuses modifications ont soudainement été apportées à ces lois au cours des derniers jours de l'examen.

**Le sénateur Corbin:** L'Ontario a besoin d'un Sénat.

**M. Scott:** Oui.

**Le sénateur Desmarais:** Je tiens à vous remercier de votre excellent exposé. J'ai une brève question.

Les points que vous mentionnez à la partie 5.4 «Options juridiques» à la page 8, troisième paragraphe ont éveillé ma curiosité:



## [Texte]

Of those who want to maintain the Criminal Code as it currently exists, some would ask for a strict enforcement of the law.

In the fourth paragraph, you state:

If the decision is made that changes are needed in legislation or law to, in effect, recognize actions that are allegedly occurring, several alternatives exist.

Could someone enlarge on those two statements for me?

**Ms Chapman:** One position is that the law stays as it is and it is strictly enforced so that it is illegal to assist in suicide.

**Senator Desmarais:** Is there any suggestion or any evidence that it is not being enforced now? That is how I read it.

**Ms Chapman:** We did not say that. We did not say "stricter". We were careful.

**The Chairman:** You were very careful.

**Senator Desmarais:** It states, "for a strict enforcement of the law."

**Ms Chapman:** The other position is that the law does not apply to euthanasia and assisted suicide. If you want the law to apply to that, then there are several ways to change it. Those are the three positions.

**The Chairman:** Doctor, if I could put one question to you, you were very frank in your reply to the earlier question as to what you would do and the extent to which you would use your medical prowess to alleviate the suffering of a patient.

Would you confine that only to those patients whose wishes had been clearly made known to you that they wanted to get it over with, or would you go beyond that and make a decision on behalf of somebody who had become comatose but was clearly suffering even with the medication they had?

**Mr. Lamont:** I would hope I would know the family's wishes and the patient's wishes beforehand because, as you know, family physicians look after patients over time and for many different conditions. There is a lot of knowledge about what that patient would want ahead of time. We are in a distinctly better position than a consultant who may just see the patient in the hospital and who may not know them previously.

I would have knowledge ahead of time of what that patient would really want. I would do what they wished. It would greatly help me to know exactly what they wanted if I had an advance directive which they had filled out when they were in better health.

## [Translation]

Parmi ceux qui tiennent à conserver les dispositions actuelles du Code criminel, certains réclament une application rigoureuse de la loi.

Vous déclarez au quatrième paragraphe:

Si l'on décidait qu'il faut modifier la législation pour effectivement reconnaître des actes censés avoir été commis, on dispose de plusieurs options.

Quelqu'un pourrait-il m'expliquer en détail ces deux déclarations?

**Mme Chapman:** L'une des positions exprimées préconise que l'on garde la loi telle quelle et qu'elle soit appliquée rigoureusement afin qu'il soit illégal d'aider quelqu'un à se suicider.

**Le sénateur Desmarais:** Est-ce que cela laisse entendre, ou existe-t-il des preuves à cet égard, que la loi n'est pas appliquée à l'heure actuelle? C'est comme cela que je l'interprète.

**Mme Chapman:** Ce n'est pas ce que nous avons dit. Nous n'avons pas utilisé l'expression «plus rigoureuse». Nous avons été prudents.

**La présidente:** Vous avez été très prudents.

**Le sénateur Desmarais:** Il est indiqué «une application rigoureuse de la loi.»

**Mme Chapman:** L'autre position préconise que la loi ne s'applique pas à l'euthanasie ni au suicide assisté. Si l'on veut que la loi s'applique à ces deux actes, il existe alors plusieurs moyens de la modifier. Ce sont les trois positions exprimées.

**La présidente:** Docteur, si je pouvais vous poser une question. Vous avez été très franc dans votre réponse à la question précédente quant à savoir ce que vous feriez et la mesure dans laquelle vous utiliseriez vos connaissances médicales pour alléger les souffrances d'un patient.

Est-ce que vous agiriez ainsi uniquement envers les patients qui vous ont clairement exprimé leur volonté de vouloir en finir ou iriez-vous plus loin, c'est-à-dire jusqu'à prendre une décision au nom d'une personne à moitié inconsciente mais qui de toute évidence souffre malgré les médicaments qui lui ont été administrés?

**M. Lamont:** J'espère que je connaîtrais à l'avance la volonté de la famille et du patient car comme vous le savez, les médecins de famille suivent les mêmes patients pendant très longtemps et les traitent pour différentes maladies. Ils sont donc bien placés pour connaître à l'avance la volonté de leurs patients et mieux placés qu'un médecin-conseil qui ne voit le patient qu'à l'hôpital et ne le connaissait peut-être pas auparavant.

Je saurais donc à l'avance ce que veut réellement le patient. J'agis conformément à ses souhaits. Cela m'aiderait énormément de savoir exactement ce qu'il veut si je disposais d'une directive préalable préparée par le patient lorsqu'ils était en meilleure santé.

[Text]

**The Chairman:** On behalf of our entire committee, I want to thank the Council on Aging of Ottawa-Carleton because your brief is important. You did not answer all the questions which we are supposed to answer; it is not helpful to that degree, but nevertheless it is extremely helpful and we think it is a fitting finale to our hearings.

**Ms Chapman:** Thank you.

The committee adjourned.

[Traduction]

**La présidente:** Au nom de tous les membres de notre comité, je tiens à remercier le Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton car votre mémoire est importante. Vous n'avez pas répondu à toutes les questions auxquelles nous sommes censés répondre; il n'en reste pas moins que c'est un mémoire extrêmement utile qui marque de façon tout à fait appropriée la fin de nos audiences.

**Mme Chapman:** Je vous remercie.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Maison Marc Simon:*

Sister Agathe Côté;  
Dr. Michel Morissette.

*From the Fédération québécoise des Centres d'hébergement  
et des soins de longue durée:*

Claude Vézina;  
Monique Coupal.

*As an individual:*

Janine Corbeil.

*From the Council on Aging:*

Marian Chapman;  
Dr. Campbell Lamont;  
Charles Scott.

*De la Maison Marc Simon:*

Soeur Agathe Côté;  
Le docteur Michel Morissette.

*De la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et  
des soins de longue durée:*

Claude Vézina;  
Monique Coupal.

*À titre personnel:*

Janine Corbeil.

*Du Conseil sur le vieillissement:*

Marian Chapman;  
Le docteur Campbell Lamont;  
Charles Scott.



Y62  
1994  
E71



First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994-95

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994-1995

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# L'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, May 31, 1995

Le mercredi 31 mai 1995

Issue No. 33

Fascicule n° 33



INCLUDING:  
THE FINAL REPORT OF THE COMMITTEE

Y COMPRIS:  
LE RAPPORT FINAL DU COMITÉ







First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994-95

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994-1995

SENATE OF CANADA

---

SÉNAT DU CANADA

---

*Proceedings of the Senate  
Special Committee on*

*Délibérations du comité  
sénatorial spécial sur*

# Euthanasia and Assisted Suicide

# L'euthanasie et le suicide assisté

*Chairperson:*  
The Honourable JOAN NEIMAN

---

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NEIMAN

---

Wednesday, May 31, 1995

---

Le mercredi 31 mai 1995

---

Issue No. 33

---

Fascicule n° 33

---

INCLUDING:  
THE FINAL REPORT OF THE COMMITTEE

Y COMPRIS:  
LE RAPPORT FINAL DU COMITÉ

## THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	* Fairbairn (or Graham)
Carstairs	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Desmarais substituted for that of the Honourable Senator DeWare. (February 23, 1995).

The name of the Honourable Senator DeWare substituted for that of the Honourable Senator Desmarais (March 28, 1995).

The name of the Honourable Senator Lucier substituted for that of the Honourable Senator Carstairs. (March 10, 1995).

The name of the Honourable Senator Carstairs substituted for that of the Honourable Senator Lucier (March 28, 1995).

The name of the Honourable Senator Cools substituted for that of the Honourable Senator Neiman (April 4, 1995).

The name of the Honourable Senator Neiman substituted for that of the Honourable Senator Cools (April 25, 1995).

The name of the Honourable Senator Kinsella substituted for that of the Honourable Senator DeWare (April 26, 1995).

The name of the Honourable Senator DeWare substituted for that of the Honourable Senator Kinsella (May 31, 1995).

## LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

*Présidente:* L'honorable Joan Neiman

*Vice-Présidente:* L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	* Fairbairn (ou Graham)
Carstairs	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)

*\* Membres d'office*

(Quorum 3)

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Desmarais est substitué à celui de l'honorable sénateur DeWare (le 23 février 1995).

Le nom de l'honorable sénateur DeWare est substitué à celui de l'honorable sénateur Desmarais (le 28 mars 1995).

Le nom de l'honorable sénateur Lucier est substitué à celui de l'honorable sénateur Carstairs (le 10 mars 1995).

Le nom de l'honorable sénateur Carstairs est substitué à celui de l'honorable sénateur Lucier (le 28 mars 1995).

Le nom de l'honorable sénateur Cools est substitué à celui de l'honorable sénateur Neiman (le 4 avril 1995).

Le nom de l'honorable sénateur Neiman est substitué à celui de l'honorable sénateur Cools (le 25 avril 1995).

Le nom de l'honorable sénateur Kinsella est substitué à celui de l'honorable sénateur DeWare (le 25 avril 1995).

Le nom de l'honorable sénateur DeWare est substitué à celui de l'honorable sénateur Kinsella (le 31 mai 1995).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

Wednesday, May 31, 1995  
(86)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 9:30 a.m. in camera in Room 172-S the Honourable Senator Neiman, presiding.

*Members of the Committee present:* The Honourable Senators Beaudoin, Carstairs, DeWare, Keon, Lavoie-Roux and Neiman (6)

The Committee continued consideration of its draft report. Previous meetings on the report were held on January 19, February 20, 21, 22, 23, 27, 28; March 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30; April 4, 26; May 2, 3, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 23, 24, 25 and 31.

It was moved by Senator Carstairs, seconded by Senator Keon that the Report of the Committee be adopted. It was agreed the report would be tabled on Tuesday June 6, 1995.

At 5:05 p.m. the Committee adjourned.

ATTEST:

**PROCÈS-VERBAL**

Le mercredi 31 mai 1995  
(86)

[Traduction]

Le Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide se réunit aujourd'hui à 9 h 30, à huis clos, dans la pièce 172-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Beaudoin, Carstairs, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman (6)

Le comité poursuit l'étude de l'ébauche de son rapport. Il s'est déjà réuni à cet effet le 19 janvier, les 20, 21, 22, 23, 27 et 28 février; les 21, 22, 23, 27, 28, 29 et 30 mars; les 4 et 26 avril, les 2, 3, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 23, 24, 25 et 31 mai.

Le sénateur Carstairs, appuyée par le sénateur Keon, propose l'adoption du rapport du comité. Il est convenu de déposer le rapport le 6 juin 1995.

À 17 h 05 le comité suspend ses travaux.

ATTESTÉ :

*Le greffier du comité*  
Gary Levy  
*Clerk of the Committee*





# ***Of Life and Death***

**Report of the Special Senate Committee on  
Euthanasia and Assisted Suicide**

**June 1995**

Published under the authority of the  
Senate of Canada  
June 1995

**Ce document est disponible en français**



## Table of Contents

---

Membership . . . . .	iv
Orders of Reference . . . . .	v
Acknowledgements . . . . .	vii
Recommendations . . . . .	ix
Introduction . . . . .	1
Chapter I Overview . . . . .	3
Chapter II Terminology . . . . .	11
Chapter III Palliative Care . . . . .	17
Chapter IV Pain Control and Sedation Practices . . . . .	25
Chapter V Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatment . . . . .	37
Chapter VI Advance Directives . . . . .	47
Chapter VII Assisted Suicide . . . . .	51
Chapter VIII Euthanasia . . . . .	75
Conclusion . . . . .	91

### Appendices

Appendix A Witnesses at Public Hearings . . . . .	A-1
Appendix B Written Submissions Received . . . . .	A-13
Appendix C Material Received by the Committee . . . . .	A-19
Appendix D Chronology of Major Canadian Developments and Events . . . . .	A-27
Appendix E Legislative Proposals Previously Introduced to Parliament . . . . .	A-33
Appendix F Relevant Provisions of the <i>Criminal Code</i> and the <i>Quebec Civil Code</i> . . . . .	A-35
Appendix G Sample Amendment Proposals . . . . .	A-43
Appendix H Suggested Procedural Guidelines . . . . .	A-49
Appendix I British Columbia Policy Guidelines . . . . .	A-59
Appendix J Citations for Advance Directives Legislation in Canada . . . . .	A-65
Appendix K Sources for Sample Directives . . . . .	A-67
Appendix L Summary of Relevant Canadian Court Decisions . . . . .	A-69
Appendix M Palliative Care in Canada . . . . .	A-85
Appendix N Recent Reports from Foreign Jurisdictions . . . . .	A-111
Appendix O Medical Decisions Concerning End of Life In the Netherlands . . . . .	A-115
Appendix P Assisted Suicide and Euthanasia in Foreign Jurisdictions . . . . .	A-149

## Membership

---

The Honourable Joan B. Neiman Q.C., *Chair*  
The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Vice-Chair*

The Honourable Senators:

Gérald-A. Beaudoin Q.C.  
Sharon Carstairs  
Eymard G. Corbin  
Mabel M. DeWare  
Wilbert J. Keon

\*Joyce Fairbairn P.C. (or Alasdair B. Graham)  
\*John Lynch-Staunton (or Eric A. Berntson)

***Original Members agreed to by Motion of the Senate:***

*The Honourable Senators:*

*Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Neiman, Perrault*  
*\*Fairbairn (or Molgat), \*Lynch-Staunton (or Berntson)*

***Other Senators who participated in the work of the Committee:***

*The Honourable Senators:*

*Cochrane, Cools, Desmarais, Grafstein, Haidasz, Johnson, Kinsella, Lucier,*  
*Marchand, Molgat, Nolin, Rossiter, Stratton, Watt*

*\* Ex Officio Members*



## Orders Of Reference

---

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Wednesday, February 23, 1994:

“The Honourable Senator Neiman moved, seconded by the Honourable Senator Lavoie-Roux:

THAT a special committee of the Senate be appointed to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide;

THAT notwithstanding Rule 86(1)(b), the Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault act as members of the special committee, and that three members constitute a quorum;

THAT the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee; and

THAT the Committee present its final report to the Senate no later than December 15, 1994.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.”

Gordon L. Barnhart  
*Clerk of the Senate*

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Tuesday, November 29, 1994:

“...that the date of presenting its report be extended from December 15, 1994, to no later than March 15, 1995, and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee contained in the Final Report until March 30, 1995.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.”

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Wednesday, March 1, 1995:

“THAT notwithstanding the Order of the Senate adopted on Tuesday, November 29, 1994, the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, which was authorized to examine the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide, be empowered to present its final report no later than May 10, 1995 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee contained in the final report until May 24, 1995.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.”

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Thursday, April 6, 1995:

“THAT the name of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide be modified in French to “Comité spécial sur l’euthanasie et l’aide au suicide”.

The question being put on the motion, it was adopted.”

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Thursday, May 4, 1995:

“THAT notwithstanding the Order of the Senate adopted on Wednesday, March 1, 1995, the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, which was authorized to examine the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide, be empowered to present its final report no later than May 31, 1995 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee contained in the final report until June 14, 1995.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.”

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Thursday, May 25, 1995:

“THAT notwithstanding the Order of the Senate adopted on Thursday, May 4, 1995, the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, which was authorized to examine the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide, be empowered to present its final report no later than June 7, 1995 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee contained in the final report until June 21, 1995.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.”

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*



## Acknowledgements

---

The study which this Special Senate Committee undertook would not have been possible without the assistance of a great many people. The members of our small and dedicated Committee, the majority of whom have been with it since its inception in February, 1994 worked tirelessly. Other colleagues came to listen to the witnesses, sometimes to offer opinions and advice and occasionally to replace one of us temporarily. All members added the very demanding schedule of this Committee to their other responsibilities in the Senate and on other committees.

The Committee worked in a totally non-partisan manner. Every member brought his or her own predisposition toward and understanding of the legal, social, moral and other issues involved and yet the group was able to reach an accord on many important issues. It is significant that where we agreed to disagree, we also decided to make those differences and the reasons for them very clear. We hoped that, by so doing, the readers of this Report will be able to follow all of the arguments.

All our colleagues in the Senate, and especially the leadership, deserve a special word of appreciation, not only for giving us the mandate but also the support and resources needed to carry out our study.

Our Report owes much to the individuals and organizations who appeared before our Committee, often on short notice, and who gave us the benefit of their experience and expertise.

The Committee received thousands of letters and even detailed briefs from concerned people and professionals interested in various aspects of our study. All their comments and recommendations have been considered.

We were aided by the services of the Committee staff, Gary Levy, Clerk of the Committee, Michel Patrice and Cathy Piccinin, all of whom gave many hours to serve us well.

The Committee was fortunate to have the services of Jocelyn Downie who, with her legal background and additional experience in the delivery of health care, advised us on the sources of information we would need and how to collect that information in a Report which we hope will prove useful to the public. She prepared the first draft of the Report, which was revised and expanded by Mollie

Dunsmuir, our legal advisor from the Research Branch of the Library of Parliament. A special recognition must be given to Deborah Palumbo, my legal assistant, who revised and wrote the final edition of the Report. She was helped by the assistants of the other members of the Committee, Jacqui Drope, Pierre Thibault, René Leduc and John Terry, who offered recommendations for changes or additions to the text. Courtney Tower provided assistance with rewrites and the media.

The Committee is especially grateful to Jacques Dubé who was responsible for the translation and production of the French text of the Report.

Seven Bulletins were prepared and sent out during the course of the hearings to all the witnesses, the media, including weekly newspapers and radio stations, and all people and organizations who had indicated an interest in our study. Their preparation was the prime responsibility of Marie-Claude LaRose.

The Committee worked long hours over many weeks and often far into the evening requiring the services of a large number of Hansard reporters, interpreters, translators, messengers, technical and secretarial staff who ensured that its work went smoothly. We are grateful to them.

In order to understand the situation in the Netherlands with respect to euthanasia and assisted suicide, the Committee held a day long video-conference with a number of witnesses. We extend our appreciation to everyone involved in this excellent first experience for the Senate.

It was a long and detailed process. As the Chair of the Committee I am grateful to all who assured its thoroughness.

Thank you

Joan B. Neiman, Q.C.



## Recommendations

---

### Chapter III Palliative Care

The Committee recommends:

- governments make palliative care programs a top priority in the restructuring of the health care system.
- the development and implementation of national guidelines and standards be continued.
- the training of health care professionals in all aspects of palliative care be increased.
- there be an integrated approach to palliative care. The delivery of care, whether in the home, in hospices or in institutions, with the support of volunteers, must be coordinated to maximize effectiveness. The provision of respite services is an essential component.
- research into palliative care, especially pain control and symptom relief, be expanded and improved.

### Chapter IV Pain Control and Sedation Practices

The Committee recommends:

- the *Criminal Code* be amended to clarify the practice of providing treatment for the purpose of alleviating suffering that may shorten life.
- the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in cooperation with the provinces, territories and the national associations of health care professionals, develop guidelines and standards for the provision of treatment for the purpose of alleviating suffering where that may shorten life.
- education and training with respect to pain control be expanded and improved for all health care professionals.
- the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in cooperation with the provinces, territories and the national associations of health care professionals, develop guidelines and standards for the practice of the total sedation of patients.
- the federal government, in cooperation with the provinces and territories, undertake a study in order to determine the frequency and conditions under which total sedation is practised.

## **Chapter V Withholding and Withdrawal of Life-sustaining Treatment**

The Committee recommends:

- the *Criminal Code* be amended and necessary legislation be enacted in order to explicitly recognize and to clarify the circumstances in which the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment is legally acceptable. The criteria enunciated in this chapter under “Committee Deliberations” should be considered.
- the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in consultation with the provinces and territories and the relevant professional associations, establish guidelines to govern the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment.
- professional guidelines be amended so that they are consistent with these recommendations, the amended *Criminal Code*, and the national guidelines.
- the Federal Ministry of Health, in cooperation with the provinces and territories, sponsor a national campaign designed to inform the public as to their rights with respect to the refusal of life-sustaining treatment.
- research be conducted in order to determine the frequency with which and conditions under which life-sustaining treatment is withheld or withdrawn under the recommended legislation and guidelines.

## **Chapter VI Advances Directives**

The Committee recommends:

- those provinces and territories that do not have advance directive legislation adopt such legislation.
- the provinces and territories establish a protocol to recognize advance directives executed in other provinces and territories.

## **Chapter VII Assisted Suicide**

- The Committee recommends no amendments be made to the offence of counselling suicide under subsection 241 (a) of the *Criminal Code*.
- The majority recommends subsection 241(b) of the *Code* also remain intact.
- The majority recommends research be undertaken into how many are requesting assisted suicide, why it is being requested, and whether there are any alternatives that might be acceptable to those who are making the requests.
- A minority recommends an exemption to subsection 241 (b) of the *Criminal Code* be added, under clearly defined safeguards, to protect individuals who assist in another person’s suicide. These safeguards should include, at a minimum, the elements listed in this chapter under “Committee Deliberations”. They further recommend, that in order to avoid abuse, procedural safeguards must provide for review both prior to and after the act of assisted suicide.



## Chapter VII Euthanasia

### Nonvoluntary Euthanasia

The Committee recommends:

- nonvoluntary euthanasia remain a criminal offence.
- the *Criminal Code* be amended to provide for a less severe penalty in cases where there is the essential element of compassion or mercy. Parliament should consider the following options:
  - *A third category of murder could be created that would not carry a mandatory life sentence but rather would carry a less severe penalty; or*
  - *A separate offence of compassionate homicide could be established that would carry a less severe penalty.*

The essential elements of compassion and mercy must be clearly and narrowly defined in order to limit the cases in which a less stringent sentence would be available.

Parliament should determine the appropriate penalty.

### Voluntary Euthanasia

- The majority recommends voluntary euthanasia remain a criminal offence. The *Criminal Code*, however, should be amended to allow for a less severe penalty similar to that provided for nonvoluntary euthanasia in cases where there is the essential element of compassion or mercy.
- A minority recommends the *Criminal Code* be amended to permit voluntary euthanasia for competent individuals who are physically incapable of committing assisted suicide. This amendment would be subject to the same or similar minimum safeguards as outlined in the chapter on assisted suicide.
- A minority further recommends, that if voluntary euthanasia remains a criminal offence, the *Criminal Code* be amended to provide for a less severe penalty similar to the penalty for nonvoluntary euthanasia.
- The Committee recommends research be undertaken into how many are requesting euthanasia, why it is being requested, and whether there are any alternatives that might be acceptable to those who are making the requests.

### Involuntary Euthanasia

- The Committee recommends the prohibition against involuntary euthanasia continue under the present murder provisions in the *Criminal Code*.





## Introduction

---

Throughout the ages, people have reflected upon the issues of death and dying. While most recognize that death is inevitable, fear of the unknown has pervaded such discussions. Different societies have attempted to address these fears and concerns in diverse ways in accordance with their religious or cultural backgrounds and norms in order to make the final passage of life more comforting. With the advent of modern medical technology and the more common usage of artificial measures to prolong life, many people today are more fearful of the process of dying than of death itself.

In recent years, a number of events that received a considerable amount of media attention has prompted many Canadians to consider end of life decisions in order to better prepare for their future.

A series of court decisions in Canada established the right of persons to make some decisions regarding their own medical treatment. Case law strengthened the right of individuals to withhold and withdraw treatment, for example, the 1992 *Nancy B* decision. In that case, the Quebec Superior Court granted a competent woman suffering from Guillain-Barré syndrome, an incurable neurological disease which left her incapable of movement, permission to cease treatment with a respirator at a time of her choosing. This is reflected in the consideration and enactment by most provincial legislatures, that had not already done so, of some form of legislation regarding advance directives, living wills and substitute decision-makers.

More recently, the focus has been to consider assisted suicide and euthanasia. In 1993, the Supreme Court of Canada in the *Sue Rodriguez* decision canvassed the issue of whether the prohibition in the *Criminal Code* against assisted suicide violates the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. The majority of the Court upheld the prohibition but the public debate continues.

Polls taken over the last few years have consistently indicated a growing support for people being able to take control of the dying process, although there are differences of opinion as to whether the people who were polled had sufficient understanding of the exact nature of what they were considering.

In 1993, the Canadian Medical Association, recognizing the need for its involvement and guidance on these issues, published a series of five papers. In so doing, its goal was

## Introduction

---

twofold: "to educate Canadian physicians about the ethical, legal and social aspects of euthanasia and assisted suicide" and "to present a physician perspective on these issues to patients, other health professionals, public policy officials and academics".<sup>1</sup> The membership of the CMA appears to be divided on the issue of assisted suicide and euthanasia; however, they are continuing their study.

It was within this context that a Special Committee of the Senate of Canada, appointed on February 23, 1994, undertook "to examine and report on the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide". The Committee heard testimony for 14 months from witnesses all across Canada and received hundreds of additional letters and briefs; thus, the full range of opinions on the various issues were fairly represented. This did not make the task of reaching a Committee consensus on the issues any easier. Although the Committee was able to agree on many aspects regarding medical and health care practices, the opinions of the members were divergent on the more difficult questions of assisted suicide and euthanasia.

The study also provided an opportunity to assist all members of Parliament who will be debating the issues on a non-partisan basis culminating in a free vote in Parliament. The Committee also hoped through this Report to help the public to develop a better understanding of this very complex subject. The goal of the Committee was simply to set the stage for the full and open national debate that will take place in the coming months and years.

This Report is an initial step in the long process ahead for Canadians attempting to find solutions to the problems that it raises. The manner in which we, as a society, respond to these problems will have a significant impact on the lives and deaths of all Canadians and will reflect on Canadian society as a whole for many years to come.

The Committee respectfully submits this Report to the Senate.

---

<sup>1</sup> Canadian Medical Association, *Canadian Physicians and Euthanasia* by Frederick H. Lowy, Douglas M. Sawyer and John R. Williams (Ottawa: Canadian Medical Association, 1993).



# Chapter I

## Overview

---

**T**he debate with respect to how we die has not been and cannot be limited to a discussion regarding assisted suicide and euthanasia alone. In attempting to examine these two issues, it immediately became apparent to the Committee that their task involved a great deal more than simply considering the advisability of the legalization of these acts.

### Scope of the Report

The Committee found that it had to examine and become familiar with many of the current health care practices across Canada by medical practitioners, nurses, medical institutions and community services as well as the role that governments play in influencing and directing the provision of such services. A broad spectrum of end-of-life decisions that must be made every day by or on behalf of patients also needed to be considered as part of any discussion on assisted suicide and euthanasia.

These other end-of-life considerations ultimately may or may not influence the way in which each individual thinks about assisted suicide and euthanasia; nonetheless they must be explored in order to ensure that those who engage in future debate are fully informed of the wide ramifications of the issues. An examination of the availability and quality of palliative care, pain control and sedation practices, and advance directives are some examples of the areas that must first be considered.

The division of legislative powers affected the scope of the Report. Some of the issues discussed herein concern criminal law matters, while others deal primarily with health care. Under section 91(27) of the *Constitution Act, 1867*, the Parliament of Canada has exclusive jurisdiction over criminal law and procedure. The provincial legislatures, on the other hand, have jurisdiction over the administration of justice, pursuant to section 92(14). This means that the Parliament of Canada defines what constitutes a criminal offence but the criminal law is then administered by the provinces and the decisions to investigate, charge and prosecute offences are matters of provincial policy. Provincial crown prosecutors are given discretion in these areas.

Health is primarily a matter of provincial jurisdiction as a local or private matter under section 92(16); in addition, authority over hospitals and the regulation of the medical

profession are granted to the provinces pursuant to sections 92(7) and 92(13) of the *Constitution*.

Given the nature of the subject being examined, there were instances in which the Committee, in dealing with matters falling primarily within the federal Parliament's jurisdiction under the *Constitution*, had to consider overlapping provincial aspects of the issues as well in order to make useful recommendations and suggestions.

The Committee's study was also limited in other ways. There were aspects of the various issues that the Committee was not able to examine in any depth: the treatment of persons in persistent vegetative states (PVS), severely disabled newborns and other situations present unique problems. These raise difficult questions that require further consideration. As only a few witnesses made occasional references to these types of cases, the Committee believed that the extremely complex issues they raised required greater clarification and study than the Committee could undertake at this time.

## Background

Some of the witnesses offered their reasons as to why the issues surrounding death and dying have only recently received a considerable amount of public attention. The Committee felt that some of these should be addressed in order to provide the context within which the various issues dealt with in the Report were considered.

### *a) The Canadian Charter of Rights and Freedoms*

*The Canadian Charter of Rights and Freedoms*, which came into force on April 17, 1982, has considerably altered the legal and judicial fabric of the country. The *Charter* guarantees fundamental freedoms (press, religion, expression, association), democratic rights, mobility rights, legal rights, equality rights and language rights. Since the advent of the *Charter*, the Supreme Court of Canada has handed down more than 250 decisions. If a law is challenged and found by a court to infringe on any constitutionally protected rights and freedoms, that court will declare the law under consideration to be of no force and effect. Thus, the *Charter* provides Canadians with a mechanism whereby individuals can challenge government action.

Rights and freedoms are not absolute, they can be restricted according to Section 1 of the *Charter* but only to such reasonable limits prescribed by law as can be demonstrably justified in a free and democratic society. The decisions of the Supreme Court of Canada indicate that it has maintained an equilibrium between rights and the limitations that may be imposed on them.

The *Charter* also protects societal values, such as liberty, equality, security, life, personal autonomy and the common good. It has significantly influenced the manner in which Canadians perceive those rights and values.

The *Charter* has greatly contributed to the trend toward individual rights. Indeed, it protects the rights of individuals to make their own decisions and maintain their own views, however radically their opinions may differ from those held by others. Some have



attempted to argue that such constitutionally entrenched rights and freedoms include the right to make certain decisions with respect to death and dying. For instance, Sue Rodriguez utilized the *Charter* in her challenge to the assisted suicide provisions of the *Criminal Code*.

### b) Technological progress

With the advances in modern technology and innovative medical treatments, human beings are now capable of prolonging life and postponing death. While many people have benefitted from these changes, technological progress in medicine has at the same time raised complex new questions to which the answers are not obvious. Patients, their families and medical practitioners must decide if a patient dying of cancer who goes into cardiac arrest should be resuscitated and whether that same patient should be given antibiotics if he or she contracts pneumonia. Today, when so much can be done, there are many situations that raise ethical questions of what should be done.

In this regard, Ms. Marian Chapman, Chair of the Ottawa-Carleton Council on Aging and a retired professor of family medicine, testified that:

The evolution of medical technology to maintain life and its availability for use in the care of the individual has created a new context within which the dying process must be assessed.

*Chapman 32:54<sup>2</sup>*

Prof. Edward Keyserlingk, who teaches bioethical law and medicine at McGill University, expressed the problem in the following terms:

Technology has put us in this position. People used to die. Now we have great trouble letting people die. It is not because of ill will, it is simply because people are increasingly good at what they do. One can maintain a person for a very long time beyond the point where most people think it reasonable.

*Keyserlingk 1:47*

### c) Attitudes toward death

Some medical professionals seem to view death as a battle to be fought against at all costs. Dr. Elizabeth Latimer, who is presently the director of palliative care at Hamilton Civic Hospitals, expressed her views about the present day perception of dying by the medical profession:

<sup>2</sup> Refers to the issue of the *Proceedings of the Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide* and the page number. Complete information regarding witnesses is found in Appendix A.

Our current medical profession views death as an enemy. In this century we have come to view our mandate to be to overcome death. Combined with this, doctors are also usually action-oriented individuals. We feel a sense of failure when we are not able to cure someone. This sense of failure causes us to distance ourselves from the dying in a way that is not effective for them or helpful in their case.

*Latimer 4:8*

Prof. Brian Mishara, who teaches psychology at the Université du Québec à Montreal and founding president of Suicide-Action Montréal, shared this view:

Some physicians feel that their goal is to cure illness, and it is a personal defeat when the patient dies.

*Mishara 2:36*

This attitude on the part of some medical professionals has resulted in many individuals fearing the process of dying. Some witnesses testified that they do not want their lives prolonged needlessly by artificial and intrusive measures when they become terminally ill. They want to be permitted to die peacefully.

Virtually none of the witnesses suggested that life should be prolonged needlessly. Indeed, most of them were of the view that there are many situations in which certain medical interventions are no longer appropriate. For instance, Dr. James McGregor of the Ontario Palliative Care Association explained:

There needs to be careful and appropriate consideration of the clinical context and, with consistency and planning around the goals and wishes of the patient, non-initiation and cessation of life-prolonging treatments may be part of palliative care. The burdens of treatments at times may outweigh their benefit for the patient. In such situations, non-initiation or cessation of futile treatment improves quality of life and relieves suffering.

*McGregor 4:54*

Dr. Balfour Mount, founding Director of the Royal Victoria Hospital Palliative Care Service and professor of palliative care medicine at McGill University, testified:

Withholding and withdrawing life-prolonging treatment at the patient's wishes is part of palliative care.

*Mount 5:30*

### *d) Settings for death*

In the past, most people died at home in familiar, comforting surroundings in the company of family and friends and without aggressive treatment and life-support. At present, it is becoming more and more common for people to die in the sterile setting of a hospital surrounded by strangers and medical equipment, rather than by loved ones. Dr. Robert Elgie, Director of the Health Law Institute at Dalhousie, commented:



Since the turn of the century, there has also been a dramatic shift in the places where people die. Sixty years ago, the vast majority of deaths occurred at home. It is now estimated that close to 75 per cent of all deaths will occur in hospitals or long-term institutions.

*Elgie 20:56*

Dr. Latimer makes a similar point:

In Canada, as in any country like ours, natural death has been removed from view into hospitals and institutions. Consequently, a lot of young people growing up have never seen anyone die and they do not know what that can look like. That can compound some of the fearfulness.

*Latimer 4:14*

Ms. Angèle St. Germain, a Registered Nurse from Montreal, testified that:

Barely twenty something per cent of people die at home. Death has been institutionalized with all that this involves...They [families] do not have the necessary information to realize that they can be close to their loved ones.

*St. Germain 9:24*

While many witnesses referred to the institutionalization of death, palliative care addresses this problem to some extent by placing more emphasis on human relationships and ensuring that patients are not isolated from the community. To this end, many hospitals have established palliative care units. Also, with the development of palliative care there seems to be increased possibilities for persons to die in their home.

*e) Attitudes towards physicians and patients' rights*

Some witnesses pointed out that, in the past, there has been an assumption within the doctor/patient relationship that the physician knew what was in the best interests of the patient. As a result, patients seldom requested any information other than what he or she had already been provided by the physician. Furthermore, it was only in the rarest cases that the patient refused to consent to a medical procedure and, more often than not, such consent was considered irrelevant in any case. Ms. Anne Mullens, who received the Atkinson Fellowship in Public Policy in 1994 to study assisted suicide and euthanasia, informed the Committee:

That phrase, "the best interests of the patient", should cause us concern; and we should be wary of it. In 1960, when doctors were surveyed in the U.S., 80 per cent believed it was not in the best interests of the patient to tell them they had cancer...The danger lies in paternalism, in telling people we know what is best for them, whether we like it or not. The danger comes from not putting the power in the hands of people or at least having a shared responsibility.

*Mullens 30:8*

There has been significant movement away from this paternalistic approach to health care in North America. Patients are more frequently asserting their right to make health care decisions for themselves. The more traditional attitudes of the medical profession are now being challenged by some as more patients demand to be given full rights and

responsibilities in this regard. Dr. Paul Landry, of l'Association des Hôpitaux du Québec, expressed his view in the following manner:

We also mentioned that it was important to have a new approach in relations between therapists and patients in which the paternalism of yesterday is gone and relations between patients and caregivers are now much more consensual.

*Landry 19:33*

Moreover, health care professionals are increasingly recognizing the importance of individual choice and personal responsibility in the area of health care. Since, and perhaps because of, the civil rights movement both with respect to race and gender in the 1960s, "rights-talk" has entered into and informed the discussion of death and dying. Many people now speak of a "right" to refuse treatment or a "right" to die. In this connection, Dr. Elgie had this to say:

There are a number of reasons for this increased interest, or at least increased awareness, of the issues. There is an increasing recognition by patients of their autonomy and their right to self-determination with respect to decisions regarding what shall or shall not be done for their bodies. The 1970s reinforced this with the legal acceptance of a new philosophy about informed consent and patients are, accordingly, becoming better consumers.

*Elgie 20:55*

### *f) Changing demographics*

Many witnesses indicated that the increasing average age in Canada places, and will likely continue to place, significant demands on the health care system. Professor Barney Sneiderman, who teaches law and bio-medical ethics at the University of Manitoba, stated:

I agree with the sentiment you have expressed as to how we go about creating a health care system for the twenty-first century, particularly given the fact of an increasingly aging population, which will bring its own pressures to bear.

*Sneiderman 6:72*

Dr. Landry offered this view:

The aging of the population is of course a phenomenon which preoccupies and concerns us to the highest degree. Primarily the emergence or predominance of degenerative diseases, chronic diseases, including the increase in the incidence of cancer, the appearance of AIDS, which was mentioned earlier and Alzheimer's, very often raise the questions here concerning us with the respect to quality of life.

*Landry 19:33*

Furthermore, a new demographic group - persons with HIV/AIDS - has emerged. Dr. Michel Morissette, a clinical physician and professor at Laval University, informed the Committee that many members of this group have been very active in promoting their right to take control of their health care and have brought their special needs and desires to the debate. He testified:



Many AIDS victims are young people, generally well informed and concerned about their independence and self-determination. These patients want to be involved in the process of making decisions that affect them and this gives rise to a new dynamic in the doctor-patient relationship, although a certain generation of physicians is not at all familiar with this.

*Morissette 32:5*

Russel Armstrong, a member of the Canadian AIDS Society which is a national coalition of community-based organizations stated:

As some of you may be aware, AIDS is estimated to have caused 14,000 deaths in Canada, to date. In several ways, AIDS is different from other terminal diseases. During the previous presentations, senators addressed the issue of the stigma associated with this disease, as opposed to other diseases which are not. To date HIV/AIDS has disproportionately affected marginalized groups, specifically gay and bisexual men, although, today, in almost all Canadian communities are people living with HIV/AIDS...In many ways AIDS is a disease of the modern age. In the relatively short period of time since it first emerged, AIDS has become one of the most talked about and studied diseases of our century. It has an active community-based movement associated with it, a movement that has worked to heighten awareness of the disease, to provide care, support and advocacy, and also to ensure that the rights and dignity of those who live with the disease are respected.

*Armstrong 12:39-40*

A convergence of events involving judicial decisions, changes in medical technology, evolving attitudes, debate within professional organizations, *Charter* arguments, and the development of palliative care has broadened the scope of this study beyond assisted suicide and euthanasia. The Committee realized that terms would have to be defined, and full discussions on palliative care, pain control, and withholding and withdrawing treatment should occur before any discussions with respect to assisted suicide and euthanasia could take place. These matters are considered in the following chapters.





## Chapter II

### Terminology

---

The terminology used in Canada and abroad, in referring to questions of death and dying, is wide-ranging and diverse. Throughout the course of its hearings, the Committee often heard the same terms being defined in various ways. However, the differences in the definitions are seldom based on the literal meaning of the terms; this is generally not disputed. The disagreement is essentially with respect to the moral significance of the words. In fact, the definitions of the terms may and often are developed in order to argue a specific moral or ethical perspective with respect to the acts in question. For instance, most witnesses argued that acts of withholding or withdrawing a life-support system are fundamentally distinct from acts of euthanasia because, in their view, withholding or withdrawing life saving treatment is, in effect, allowing natural death to occur; while an act of euthanasia is the cause of death. Other witnesses argued that withholding and withdrawing actions are forms of euthanasia because, morally, these are as active as lethal injections.

Dr. Paul V. Adams of Manitoba Physicians for Life, describes what many view as the fundamental moral or ethical difference between acts of withholding and withdrawing and acts of euthanasia:

There is an essential difference between causing one to die, which is euthanasia, helping one to die, which would be assisted suicide, and allowing natural death to occur, which I referred to as withholding or withdrawing treatment. Frequently, there is confusion regarding the third category, that is, allowing natural death to occur when death is inevitable, and there is no clinical or ethical reason to intervene. This is not euthanasia. It is both morally and ethically acceptable and it should continue to be legally acceptable.

*Manitoba Physicians for Life 18:40*

Dr. McGregor shared this view:

Although cessation and non-initiation of treatment have been considered as "passive euthanasia", in fact, we believe they simply represent non-interventionist actions, allowing the natural history of the illness to progress. These acts are not considered to be euthanasia or assisted suicide.

*McGregor 4:54*

And Dr. Keyserlingk explained that:

Legally, this omission under these circumstances [not providing life support when it is refused by a competent patient or when treatment has become futile for an incompetent patient] would simply be good medical care.

*Keyserlingk 1:28*

Professor Arthur Schafer, an ethical expert at the Centre for Professional and Applied Ethics at the University of Manitoba, stated:

Withholding or withdrawing life-saving medical care, “pulling the plug”, used to be called “passive euthanasia”. However, as you reread the briefs of many of my other colleagues, you will see that none of them still uses the term “euthanasia” for these very widespread social practices. Indeed, tens of thousands of Canadians die every year by what would have been called “passive euthanasia” and what would have been condemned by church groups and by individuals as an alarming, dangerous, negative development as recently as 12, 15 years ago.

*Schafer 18:122*

Another example involves the moral distinction or lack thereof between acts of euthanasia and acts of assistance in suicide. Some witnesses argued that, morally, assisted suicide is identical to euthanasia, as did Dr. Margaret Somerville, Director of the Centre for Medicine, Ethics and Law at McGill University:

In defining euthanasia, we need to look as well at whether physician-assisted suicide is different from euthanasia. I would propose to you that it is not.

*Somerville 6:7*

Dr. Keyserlingk held the same position:

Is there anything of moral and legal significance that is different between assisting the suicide of a patient who is still able to take the glass and drink it and the patient who is beyond that because of no longer having the physical ability but who wants to be killed and is doing it with an overdose? Is there anything of moral and legal significance that establishes the real difference there? I tend to think that it is going to be a hard case to make because in both cases it is the patient's wish. In both cases, the argument can be made on the basis of self determination and people's right to choose their manner and time of dying. The manner is slightly different, but in both cases it is the patient's wish, and in both cases we can get very close.

*Keyserlingk 1: 55-56*

Dr. Douglas Kinsella, a professor and Director of Bioethics in the Faculty of Medicine at the University of Calgary and Dr. Marja Verhoef, an assistant professor in the Department of Community Health Sciences at the same university, both conducted a survey with respect to physicians' opinions on assisted suicide and active euthanasia. Interestingly, they held different views in comparing these two acts. Dr. Kinsella concurred with Dr. Somerville and Dr. Keyserlingk. He argued that the only difference lies in who is present at the time of death:



From the moral perspective of the physician, there is in fact no essential difference between active euthanasia and assisted suicide...In the actual commission of assisted suicide, it should be noted that the only significant difference from active euthanasia is that the physician is usually absent at the moment of the suicide.

*Kinsella 16:6*

Dr. Verhoef maintained the position that assisted suicide and euthanasia are two fundamentally different actions on the basis that each action results in a change in the power structure. Unlike euthanasia, an assisted suicide places more control in the hands of the person who wishes death:

Euthanasia is a deliberate termination of the life of a patient by someone else at the patient's request. Assisted suicide is the deliberate provision of the means for suicide by someone else at the request of the patient. In the Canadian context, this other person is usually considered to be the physician. In assisted suicide, the final act is solely the patient's, the physician being only indirectly involved. Conversely, with respect to euthanasia the physician provides the means and carries out the final act, which greatly amplifies the physician's power over the patient. The balance of power between doctor and patient in assisted suicide is more equal.

*Verhoef 18:79*

As the foregoing excerpts indicate, there is simply no consensus on what terms to use or how to define them due to the divergent views on the moral and ethical significance of the various forms of conduct. Thus, in order to ensure consistency and to avoid any misunderstanding, the terms used throughout this Report are set out below along with the meaning ascribed to each. In defining these terms, the Committee has opted for a literal meaning that appears to be undisputed and widely accepted. First, the major activities surrounding death and dying were divided into categories and these were labelled. The Committee then became aware that some of these activities may be qualified in various ways. Therefore, these qualifiers have also been defined.

### Qualifiers

Some of the activities described below may be performed on or by competent or incompetent individuals and may be involuntary, nonvoluntary, or voluntary. Therefore, the Committee has defined the following qualifying terms:

- *competent*
- *incompetent*
- *involuntary*
- *nonvoluntary*
- *voluntary.*

**“Competent”** means capable of understanding the nature and consequences of the decision to be made and capable of communicating this decision.

## Terminology

---

**“Incompetent”** means not capable of understanding the nature and consequences of the decision to be made and/or not capable of communicating this decision.

**“Involuntary”** means done *against* the wishes of a competent individual or a valid advance directive.

**“Non-voluntary”** means done *without the knowledge* of the wishes of a competent individual or of an incompetent individual.

**“Voluntary”** means done *in accordance with* the wishes of a competent individual or a valid advance directive.

## **Activities**

For the purposes of this Report, and hopefully for the ensuing debate as well, the Committee has defined the following activities:

- *palliative care*
- *total sedation*
- *treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life*
- *the withholding of life-sustaining treatment*
- *the withdrawal of life-sustaining treatment*
- *assisted suicide*
- *euthanasia.*

**“Palliative care”** is care aimed at alleviating suffering - physical, emotional, psychosocial, or spiritual - rather than curing. It is concerned with the comfort of the suffering individual.

**“Total sedation”** is the practice of rendering a person totally unconscious through the administration of drugs without potentially shortening life.

**“Treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life”** is the administration of sufficient amounts of drugs to control suffering even though this may shorten life.

**“Withholding of life-sustaining treatment”** is not starting treatment that has the potential to sustain the life of a patient.

**“Withdrawal of life-sustaining treatment”** is stopping treatment that has the potential to sustain the life of a patient.

**“Assisted suicide”** is the act of intentionally killing oneself with the assistance of another who provides the knowledge, means, or both.

**“Euthanasia”** is a deliberate act undertaken by one person with the intention of ending the life of another person to relieve that person’s suffering where that act is the cause of death.



## Miscellaneous Terms

Finally, several miscellaneous terms were used throughout the Report and these have also been defined including advance directives, surrogate decision-maker, substituted judgment, best interests judgment, futile treatment, and free and informed consent.

**“Advance directive”**, referred to as mandate in the *Quebec Civil Code*, and also commonly known as a living will, is a document executed by a competent individual concerning health care decisions to be made in the event that the individual becomes incompetent to make such decisions. Advance directives can be divided into two categories - instruction directives and proxy directives. The latter are also known as durable powers of attorney for health care. In an instruction directive, an individual sets out *what or how health care decisions are to be made* in the event that he or she becomes incompetent. In a proxy directive, an individual sets out *who is to make health care decisions* in the event that he or she becomes incompetent. A valid advance directive is one completed according to the requirements set out in the relevant legislation. Throughout this Report, when the expression advance directive is used, validity is assumed unless otherwise indicated.

**“Surrogate decision-maker”** is someone who is authorized by law or by a person, through a power of attorney, for example, or is appointed by a court to make treatment decisions on behalf of an incapable person.

**“Substituted judgment”** refers to a judgment made by a surrogate decision-maker on behalf of an incompetent individual according to what the surrogate decision-maker believes would be the wishes of the incompetent individual were the individual competent.

**“Best interests judgment”** is a judgment made by a surrogate decision-maker on behalf of an incompetent individual according to what that surrogate decision-maker considers to be in the incompetent individual’s best interests.

**“Futile Treatment”** is treatment that in the opinion of the health care team will be completely ineffective. This term does not include treatment that may be effective but whose results are deemed undesirable.

**“Free and informed consent”** means the voluntary agreement by a person who in the possession and exercise of sufficient mental capacity, as defined by an appropriate medical professional, makes an intelligent choice as to treatment options. It supposes knowledge about the consequences of having or not having the treatment and about possible alternatives. The consent must be free from coercion, duress and mistake.





## Chapter III

### Palliative Care

---

The Committee began its hearings with the expectation that the large majority of its time would be spent on the ethical, social, legal and medical issues that have come to be associated with assisted suicide and euthanasia. However, at the outset of the hearings, it became apparent that a major and unanticipated issue was the question of alternatives to assisted suicide and euthanasia. Some witnesses told the Committee that people need better support during the dying process and in dealing with the circumstances surrounding death and that palliative care could address many of these needs. Dr. Neil Macdonald, of the Clinical Research Institute of Montreal, explained:

One cannot in a moral society consider terminating a fellow citizen's life, if that citizen is suffering because of lack of access to good palliative care. Regardless of one's views on euthanasia, one must concur that, as a first principle, impeccable care for dying citizens must be ensured.

*Macdonald 22:26*

The Committee heard a significant amount of testimony with respect to both the benefits of palliative care and also the limitations and restrictions of the present day palliative care services offered in Canada. For this reason, a background paper was prepared setting out the history and present state of palliative care services across Canada. This supplemental information is included in Appendix M of this Report.

Although the concept is not new, modern palliative care began in Great Britain in 1967 when Dame Cicely Saunders established the hospice movement. Over the past twenty-five years, Canada has seen a remarkable development in the availability of palliative care services, from its beginning in the 1970s to a network of providers throughout Canada in the 1990s. In 1991, a national organization, the Canadian Palliative Care Association, was founded.

A generation ago, most Canadians dealt with their family physician, who knew the patient's family and social environment intimately. As medical care became more specialized and institutionalized, there was a tendency to focus on the disease rather than the patient. Palliative care reflects, in part, a shift back to patient centred medical care. As Dr. James Gordon, a Quebec neurologist said:

I give my patients palliative care at the same time as I am giving them active, aggressive, curative treatment, most of the time. In that way people will come to understand that they will get palliative care from their doctors. That means kindness, decency, being treated as people. It does not mean a specific protocol for dealing with a specific kind of problem, although that may be included in your training.

Gordon 27:21

Palliative care is defined as *care aimed at alleviating suffering - physical, emotional, psychosocial, or spiritual - rather than curing. It is concerned with the comfort of the individual.* Dr. Latimer described the objectives of palliative care as follows:

The goals of palliative care are excellence in physical care for the patient and excellence in the support of counselling for the family and the patient. Palliative care will seek to enhance the quality of life for the patient and their family.

Latimer 4:6

Palliative care is interdisciplinary and is centred around the person rather than the disease. Dr. McGregor described it as follows:

Included in that interdisciplinary team are volunteers - lay people - who provide hands-on bedside care; emotional and spiritual support, and some basic care of the individual patient. Also, we include the family and teach the family how to become involved in caring for the patient...Not only professionals can provide palliative care...Palliative care is not the domain of any profession.

McGregor 4:65

Dr. Mount pointed out that the benefits of palliative are recognized worldwide:

The World Health Organization states that palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death; it provides relief from pain and suffering; it integrates the psychological and spiritual aspects of the patient.

Mount 5:30

In Canada, palliative care is usually provided by a specialized team located within an acute or long-term care facility, in a free-standing hospice, or in the home. These services are funded in a wide variety of ways, such as health care facility global budgets, home care programs, fee-for-service under provincial health insurance plans, salaried positions, and private donations.

## Points of View of Witnesses

Palliative care was endorsed by all the witnesses who raised the issue before the Committee. The individuals working in the field, whether health care professionals or volunteers, believe that palliative care enhances the quality of health care services and improves the care of the dying. The Committee heard testimony about situations in which palliative care immeasurably improved the last days and months of dying individuals. Dr. McGregor and Dr. Latimer shared their thoughts based on their own experience in the field:



I have had this happen personally in my experience practising palliative medicine. The patient, in the final stages of living, has gone on to find new meaning out of the darkness of despair through the shared journey of exploration of meaning and reinforcement of their value as individuals.

*McGregor 4:54*

Palliative care promotes opportunities for healing in relationships and for forgiveness in families. There is not a waiting time for death, but rather an active and positive opportunity to live.

*Latimer 4:6*

The Committee was consistently told that palliative care is presently available to only a small percentage of dying individuals and that it is unevenly distributed across Canada. For example, Dr. Latimer stated that organized palliative care is not available throughout Canada to all Canadians.<sup>3</sup>

Dr. McGregor also expressed this viewpoint:

It is society's responsibility through government, health care planners, professional organizations, and health professions to provide the resources to ensure a system of intensive caring for dying patients and their families. This necessitates the development of the field of palliative care to ensure that the appropriate expertise is widely and readily available as well as accessible to all...It is unfortunate that Canadians continue to die in pain because this expertise is not available to them.

*McGregor 4:53*

Palliative care facilities have traditionally focused on cancer patients and as a result patients with other medical problems, such as amyotrophic lateral sclerosis (ALS), multiple sclerosis (MS), Alzheimer's disease, end-stage renal or respiratory or cardiac disease, have had difficulty in obtaining access to palliative care.

Many witnesses told the Committee that palliative care facilities, programs and staff suffer from inadequate funding. The lack of a coordinated approach to the provision of services in many provinces and territories makes it difficult to assess or meet funding needs. In addition, restrictions on physician reimbursement have limited access to palliative care. Dr. Mount described the situation:

In most provinces, there is an absence of secure, accepted funding mechanisms...One of my colleagues, a young family physician with a Masters degree in epidemiology and a fine mind and burning interest in palliative care, moved to Halifax and depressed me by not going into palliative care. I said to him, "Why do you not do palliative care?" He said, "Because I have to feed my family." There are not secure funding mechanisms in most provinces - Quebec is an exception - to fund palliative care physicians.

*Mount 5:31*

---

3 Latimer 4:12.

Another major constraint is the limited number of health care professionals currently being trained in palliative care in Canada. For example, there are no official palliative care specialty programs for health care professionals:

An official program in training must await recognition of palliative medicine in Canada as a specialty. Forty physicians come through our program each year one way or another. That sounds terrific. By "come through", I mean they may be there for a week to as long as a year. At present there are two funded fellowship programs, one in Ottawa and one in Edmonton.

*Mount 5:38*

In addition, health care professional students receive very little training in palliative care as part of their basic education. Dr. Macdonald presented the Committee with the results of a 1994 survey on palliative care training in Canadian medical schools, conducted by the Canadian Palliative Care Education Group, a committee of the Canadian Society of Palliative Care Physicians:

I wish to put the results of our 1994 survey before the Senate committee because it is germane to your discussions. Answers from all 16 of our schools are included here. First, we asked: Is there a formal palliative care course in your faculty? The answer was "no" in all 16 cases.

*Macdonald 22:24*

Dr. Macdonald also told the Committee that only four of the sixteen medical schools have increased formal teaching of palliative care in the past two years. He concluded that:

As reflected in the opinion of colleagues designated by their deans as responsible for palliative care education in their faculties, the current status of education on pain and palliative care is far from satisfactory.

*Macdonald 22:16*

Dr. Harvey Chochinov, a psychiatrist from the Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation, also referred to the lack of education in this area:

Hospitals need not demonstrate proficiency in palliative or pain management in order to operate; medical schools need not provide more than beyond minimal training in this area for accreditation; and physicians are not required to demonstrate competence or proficiency in this area of medicine in order to gain licensure in this country. Death and dying is the least-studied phase of the human life cycle and receives the least amount of support from medical research funding agencies.

*Chochinov 17:12*

Dr. Macdonald expressed his view as to why education in palliative care is critical in the field of medicine:

Palliative care is not a single issue topic, but rather presents to undergraduate students a method of whole patient care that will certainly benefit the students in specific technical areas such as the proper use of analgesics but, more importantly, should influence their overall approach to medical care.

*Macdonald, 22:28*



Many witnesses pointed out that if palliative care is to become more effective at meeting the needs of dying patients, more research is required into pain control methods. According to Dr. Latimer:

We use opioid analgesics, pain-relieving narcotic drugs, very well in palliative care, but we have reached our saturation point with what we can do with those drugs. There are two or three pain syndromes that are particularly difficult for us to treat, nerve pain, bone pain, and pain that is largely comprised of suffering in the psychological sphere.

We have not put serious research money in Canada into addressing either physical pain relief or the relief of suffering. If we were to be serious, those would be the two paths that we need to put serious research money into.

*Latimer 4:16*

Another concern raised by some of the witnesses was that not all people facing death want palliative care. While palliative care is beneficial for the vast majority of people who are dying, these witnesses said that it is not always the appropriate response for everyone; it will not always be the solution to the problems of those facing death. Mr. Arn Schilder, of the British Columbia Persons with Aids, described the ineffectiveness of palliative care in his personal situation:

I do not see a great deal of dignity in being anaesthetized beyond being *compos mentis* in a palliative care ward. I would rather look at my Maker with open eyes and make a decision...Palliative care may not be for me because pain management may not be possible. I am one of those unusual cases...Because of my personal situation, the drugs that could treat opportunistic infections are not going to be available to me. I would personally want to have the choice. The opportunity to die in palliative care would be very nice...However, I do not necessarily want to go into a palliative care facility. I want to die at home. I want to choose the time when it is right. I do not want to lose my mental capacities. That happens in a palliative care environment because you are heavily anaesthetized.

*Schilder 16:25-26*

In addition, some witnesses said that not all suffering involves physical pain. Dr. Scott Wallace, of British Columbia, told the Committee:

The process of dying may involve some of the most miserable and distressing sensations known to man...Accompanying these debilitating and demoralizing symptoms is the loss of dignity, self-esteem and privacy which comes from depending entirely on others to manage each and every aspect of one's bodily and mental needs, 24 hours a day.

*Wallace 15:86*

Several witnesses noted that AIDS patients are a special group and palliative care programs, in order to be effective for them, must be tailored to their particular needs. Dr. Morissette, a clinical physician working with 85 HIV/AIDS patients, had this to say on the issue:

AIDS is a disease that stigmatizes its sufferers, causes them to be ostracized and opens the door to discrimination and violation of individual rights, if not collective rights as well...

Many AIDS victims are young people, generally well informed and concerned about their independence and self-determination. These patients want to be involved in the process of making decisions that affect them...

We must also note the difficult deaths faced by these individuals, both physically...and psychologically, socially and spiritually (isolation, abandonment by their family, guilt, fear of suffering and dying, of death and the hereafter...).

The symbolic burden of AIDS, in particular because of the issues relating to sexuality and social marginalization, casts this disease in a particular light.

*Morissette 32:5-6*

Sister Agathe Côté described how Maison Marc Simon, a hospice for HIV and AIDS victims in Quebec City, addresses the special needs of these individuals:

Maison Marc Simon is not a place of death, but rather a place of life, where people with HIV and AIDS are accepted as they are and their differences are respected. Emphasis is placed more on the quality of life than on the number of days one has left to live.

*Côté 32:11*

Although the recognition of palliative care as an essential service is a recent phenomenon, health care professionals and families have always provided palliative care on a personal and informal basis. For example, nurses have long provided continuing care and comfort even when a cure was no longer possible. The Canadian Nurses Association explained:

Regardless of any discussion of euthanasia, nurses support the need to provide palliative care. They feel especially strongly about this subject because when there are no more cures to offer, there is still nursing care, and it needs to be the best. The CNA believes palliative care is an essential health care service.

*Canadian Nurses Association, 19:6*

Witnesses also referred to the shift that is evident in many parts of Canada from institutional care to home care. Dr. Ferguson, from the New Brunswick Extra-Mural Hospital, informed the Committee:

In many provinces, homecare has been developed more or less as a project or program. With us, it is part of the system. We like to think that we have a different approach to it, and we are encouraging it to be used more effectively. That is our objective, at any rate.

*Ferguson 20:53*



He describes the many benefits of providing palliative care in the home:

Dying at home can provide the opportunity for quiet, privacy, dignity, and family closeness. That may make death easier for the patient, and provide more consolation for the bereaved. Assuming a stable and caring home environment exists, emotional and physical comfort is often greatest at home with family, friends and pets nearby. Surveys of surviving relatives of deceased patients show that the patients and the survivors were very satisfied with the care we provided for the deceased.

*Ferguson 20:49*

Some witnesses said it is neither appropriate nor even possible for everyone and it can sometimes place an overwhelming burden on those in the home providing the care. Ms. Eleanor Ross, President of the Canadian Nurses Association, testified:

When we advocate home palliative care, we are not advocating that it be put onto the family. That is why when we talk about the palliative care team we talk about the need to support the family. The family not only needs day-to-day support but also breaks and respite care. We advocate that there be those breaks. If we have a long term chronically ill patient we need to organize programs to have someone go into the home to relieve the family so that, for example, they can go on a vacation for a week or two; or to bring the client back into the hospital so that the family can have a break.

*Ross 19:13*

## Committee Deliberations

The Committee commends the health care professionals and the many volunteers who work in palliative care in Canada. The programs that have been developed to date in order to care for the dying have improved the quality of the life and death of many Canadians.

The Committee, however, is concerned that the demand for palliative care is still greater than available services. They believe there should be universal access to competent and effective palliative care. It should be integrated with other health care services and, ideally, its availability should not vary substantially from region to region. The Committee urges governments, at all levels, as well as health care planners, providers, and educators to make the development of a comprehensive system of palliative care in Canada a priority.

The Committee believes that national guidelines or standards for palliative care are essential. Although the provision of health care services is a provincial matter, the federal government does have a role to play. Palliative care requires a dynamic federal, provincial and territorial response. The Committee encourages the cooperation among the various levels of government and health care professionals. The division of Health Canada responsible for health protection and promotion could, for example, in cooperation with the provincial ministers of health, as well as health care experts from across the country, encourage the establishment of national palliative care guidelines and standards. This type of initiative was first undertaken by Health and Welfare Canada in 1989 when it issued a pamphlet entitled "Palliative Care Services Guidelines". The Committee was told, however, that these guidelines require updating.

The Committee urges governments to consider the most appropriate way of supporting palliative care providers with the objective of encouraging more young professionals to enter the field of palliative care. The Committee feels that the involvement of volunteers in the delivery of palliative care should be increased and supported.

The Committee members are of the opinion that the health care delivery system should ensure that palliative care is also available to all patients with chronic or degenerative illnesses, such as ALS, MS, AIDS, Alzheimer's and other diseases.

As the palliative care delivery structure expands, health care professionals will require more training and resources will be needed for palliative care programs in health care educational institutions. Continuing education should be made available to health care professionals as mandated by their professional governing bodies.

In order to improve public awareness of palliative care and to enhance public support for an expanded palliative care structure, the Committee encourages the federal Minister of Health, in cooperation with the provinces and territories, to sponsor a national information program. The members feel that it is important for Canadians to be informed about what palliative care is, what it can do and where it is available.

The Committee supports home care and community-based care, although it recognizes that home care may not be appropriate for everyone. It can sometimes place overwhelming and unrelenting burdens on the caregiver in the home. For that reason, home care must also be supported by good respite programs. The members are aware that the burden of care has traditionally been borne primarily by women. They believe that respite care can help to ensure that caregivers are not disadvantaged in the workplace because of the demands of caregiving.

### **Recommendations**

**The Committee recommends governments make palliative care programs a top priority in the restructuring of the health care system.**

**The Committee recommends the development and implementation of national guidelines and standards be continued.**

**The Committee recommends the training of health care professionals in all aspects of palliative care be increased.**

**The Committee recommends there be an integrated approach to palliative care. The delivery of care, whether in the home, in hospices or in institutions, with the support of volunteers, must be coordinated to maximize effectiveness. The provision of respite services is an essential component.**

**The Committee recommends research into palliative care, especially pain control and symptom relief, be expanded and improved.**



## Chapter IV

# Pain Control and Sedation Practices

---

**I**t is not always the possibility of debilitation and disease that people fear most when they think of their dying but rather the pain and suffering which often accompanies that passage of life. Comprehensive palliative care could address most of the worries of dying patients by providing the best available methods of pain control and that in turn would do much to alleviate their suffering.

Since pain control and sedation of patients are also practised outside the palliative care context, the Committee decided these procedures should be considered in a separate chapter.

Many witnesses repeatedly indicated that pain control techniques are not being adequately used and, often, sufficient medication to control pain is not being provided. Several witnesses suggested this is due to a lack of training and education of medical professionals in the area. Others stated that some medical professionals fear liability if the administration of drugs to control pain results in a hastening of death. Finally, fear of addiction of patients was also offered as a further explanation for the failure to provide adequate pain control in some circumstances. Dr. Macdonald observed the problem in the following terms:

What is required...is an attitudinal change on the part of the medical and administrative leaders, supported by expressed public comment telling educators that incorporation of the principles of palliative medicine in the training of its future physicians is a priority community expectation.

*Macdonald 22:28*

In addition, witnesses pointed out that although physical pain can in most cases be alleviated with adequate pain control, there is a small percentage for whom even the best pain control measures will not completely alleviate their physical distress:

There exists a large number of worst-case scenarios. That is, despite the best palliative care, despite the best treatment and pain management, there exist cases where our worst nightmares and fears are realized.

*Mishara 2:36*

We do have people for whom we are not able to relieve pain. They are few. We call them people with intractable pain problems. They are devastating problems.

*Latimer 4:16*

Medical institutions and medical professionals are following two distinct types of practices with respect to pain control and sedation:

- *treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life*
- *total sedation*

### **Treatment Aimed at the Alleviation of Suffering that may Shorten Life**

The Committee has defined the provision of treatment aimed at alleviating suffering that may shorten life as *the administration of sufficient amounts of drugs in order to control suffering even though this may shorten life*. Whether the treatment does shorten life will depend upon the dosage provided. Some patients, depending upon the drug, the disease and their own level of tolerance, may require much higher dosages in order to alleviate suffering than other patients. An example of this practice includes giving potentially life-shortening doses of drugs for relief of cancer pain.

### **Legal Status**

The Honourable Allan Rock, Minister of Justice and Attorney General of Canada, informed the Committee that the current legal status of providing such treatment is relatively clear. He testified:

The *Criminal Code* does not require futile treatment, nor does it require capable patients to accept treatment they do not want. Similarly, necessary palliative care which is carried out in accordance with generally accepted medical practice is not prohibited by the Code whether or not this treatment results in the death of the patient.

*Rock 31:17*

The Canadian Bar Association referred specifically to the legal status of terminal sedation as a medical technique to control pain:<sup>4</sup>

One may argue that the *Criminal Code* does not apply to terminal sedation; there is no intent to kill, so the homicide provisions would not apply; similarly, there is no reckless disregard for life, so the provisions of criminal negligence would not appear to apply, as a matter of law. Following this, there would be no issue of prosecutorial discretion.

The policy of the Ontario coroner is illustrative of the practice in this regard. Palliative care that results in death is not considered to be criminal, so long as four conditions are satisfied: (1) the care must be intended solely to relieve suffering; (2) it must be administered in response to suffering or signs of suffering; (3) it must commensurate with that suffering; and (4) it cannot be a

---

4 Submission of the Canadian Bar Association, March 1995.



deliberate infliction of death. Documentation is required, and the doses must increase progressively.

There is no precedent in this area. There have never been any legal convictions for providing such treatment and although there are no decided cases on point, a reference was made to the practice of providing potentially life-shortening treatment with the purpose of alleviating suffering in the *Rodriguez* case. The real issue in that case concerned assisted suicide under section 241 of the *Criminal Code*. Mr. Justice Sopinka, writing for the majority of the Supreme Court of Canada, however, drew a legal distinction, based on intention, between the administration of drugs that are likely to hasten death on the one hand and assistance in suicide on the other. Without deciding the issue, by implication he seems to have suggested that if the intention is to alleviate suffering, it is legally permissible to provide treatment notwithstanding that this may hasten death.

The administration of drugs designed for pain control in dosages which the physician knows will hasten death constitutes active contribution to death by any standard. However, the distinction drawn here is one based upon intention — in the case of palliative care the intention is to ease pain, which has the effect of hastening death, while in the case of assisted suicide, the intention is undeniably to cause death...In my view, distinctions based upon intent are important, and in fact, form the basis of our criminal law. While factually the distinction may, at times, be difficult to draw, legally it is clear.<sup>5</sup>

Despite the fact that there is little doubt that this practice is legal, the Minister of Justice suggested there seems to be some confusion within the medical profession, and the public in general, as to what is legally permissible in this regard:

When is it permissible to keep prescribing morphine when you know within the next six hours it will cause death? The underlying disease will not kill the person, however the treatment for the pain will. At present, that is shrouded in obscurity.

*Rock 31:25*

He explained many would like the law in the area to be clearly set out and simplified and there is support for greater clarification of the issue:

The question arises: Can the *Criminal Code* be made plainer or simpler in these respects? The Law Reform Commission of Canada, in its 1983 report on these issues, called for greater clarification, and others have supported this view.

*Rock 31:17*

---

5 *R. v. Rodriguez*, [1993] 3 S.C.R. 519, p. 607.

### Points of View of Witnesses

There was general agreement among the witnesses that providing treatment to alleviate suffering that may hasten death is a practice that occurs quite often in Canada. For example, Professor Schafer, testified:

If we think about it, what the palliative care physician frequently does in giving an adequate dose of painkilling medication is hasten the death of the patient, entirely justifiably in my judgment, and entirely justifiably in the judgment of every one of my philosophical and legal colleagues whose briefs I have read.

*Schafer 18:124*

However, there was some disagreement with respect to how often the drugs provided are actually life shortening. Some witnesses said the incidence is low because doses that would be life shortening in healthy patients are not life shortening in end stage cancer patients, due to the tolerance that develops over time among the latter group of patients. Dr. Macdonald stated:

Another area of confusion is whether or not we are killing the patient with these drugs. That was a subject of correspondence I had with the committee. People think, for example, if we increase the dose of opioids so that a person is stuporous, we may kill the patient if we give them a little more. In my experience, that is highly unlikely to happen. Patients rapidly become tolerant to the respiratory effects of opioids, morphine and like drugs. If we give them a large dosage of a drug, we may sedate the patient but it is unlikely that the patient would die of our drug. They may die of pneumonia or an associated problem which sedation might make more likely to come about, but to die directly of a drug effect is unusual.

*Macdonald 22:32*

Other witnesses indicated the incidence is higher than the foregoing argument suggests because, even in cases where patients have become more tolerant to the effects of certain types of medication, the doses given are life shortening. For instance, Russel Ogden, who conducted research on cases of assisted suicide and euthanasia, particularly with respect to persons with AIDs or HIV, also describes the case of a doctor who admitted to having provided morphine injections to his terminally ill father. The doctor stated he was aware of the fact that it may have hastened death.<sup>6</sup> The British Columbia College of Physicians and Surgeons decided the doctor simply provided his father with quality palliative care and did nothing wrong since treatment that may coincidentally hasten death is neither illegal or unethical.

Many witnesses testified that health care professionals quite frequently do not provide patients with sufficient pain medication. One reason for this is the concern that the patients

---

6 Russel Ogden, "The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying" (1994) XX: 1 *Canadian Public Policy* p. 4.



will become addicted to the medication. As both Ms. Carol Rees of Action Life, and Ms. Jakki Jeffs of Alliance for Life, informed the Committee:

The higher effective dosages of morphine required to control pain in cancer patients are withheld from patients because health care workers fear that administering them could hasten the patient's death or result in addiction.

*Action Life 8:11*

I believe fear of addiction to morphine, either by the medical practitioner himself or by the patient, is another reason why morphine is not used as it ought to be. Again, research shows that .04 per cent of patients treated with morphine become addicted. Let us educate our public and our doctors to effective pain management.

*Alliance For Life 8:44*

Reverend James Dickey, in sharing his experiences based on his work as a pastoral minister, related an anecdote that supported this view. He told the Committee of an 83-year-old man who was in agony yet the doctors refused to administer pain medication because they were afraid that he would become addicted.<sup>7</sup>

A more commonly cited reason for why some health care professionals refuse to provide sufficient pain medication is the belief that doses sufficient to control the pain would be potentially life shortening and, thus, liability may ensue if such medication is provided. Ms. Monique Coupal, of the *Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée*, expressed this viewpoint:

We find it surprising, even unconscionable, that in 1995 some physicians still hesitate for all sorts of reasons, to prescribe sufficient doses of medication to ease what we consider needless suffering. They do this out of fear either of accelerating the dying process or even, in some cases, out of fear of making a terminally ill patient dependant on a drug.

*Coupal 32:39*

Ms. Patricia Rodney, a registered nurse from British Columbia, illustrated the reluctance of some health care professionals to provide analgesics to alleviate pain if it may result in a hastening of death. She related a personal incident of a patient who was dying of a stroke and was in pain. The family was distressed and requested that the doctors provide analgesia and sedation. The nursing staff was also concerned and asked the physician in charge to administer some morphine. The physician was reluctant but eventually ordered one of the nurses to administer an analgesic. The patient died soon after but the nurse was not concerned about this because she knew this was inevitable. She was, however, concerned when the physician said "Well, I guess you killed that patient, didn't you". Ms. Rodney used this example to demonstrate that:

---

7 Dickey 8:61.

The game playing and behaviours that revolve around issues such as analgesics can be very complex and very pervasive...Within hospitals and health care facilities we have an organizational context that results in conflict, fragmented communications, and poor decision-making. It is not the fault of doctors or of nurses; it is the fault of our entire system.

*Rodney 15:129*

In other instances, the lack of training of medical professionals in this area is a fundamental reason for the underutilization of pain control techniques. Dr. Robert Pankratz, President of Canadian Physicians for Life, testified:

We try to educate our fellow physicians. Perhaps 50 per cent of the physicians that I have daily contact with are inadequately informed as to the modern techniques and their patients are suffering as a result.

*Pankratz 14:31*

Dr. Kinsella also expressed this view:

It is quite clear that there has been this almost bizarre ethic of behaviour within the medical profession in terms of its ability to come to grips with the control of pain, control of nausea, control of vomiting, control of all those things which occur in some but not all patients who are dying. It is a deficiency in the educational system. There is absolutely no question about that. If we are going to do anything about it, we must reform the educational system and physicians in that respect.

*Kinsella 16:17*

Dr. Paul Henteleff, President of the Canadian Palliative Care Association, informed the Committee that there should be a greater emphasis on providing necessary resources in order to ensure that there will be adequate training in this area:

We need more resources for training so that we do not have to have doctors being taught piecemeal, by nurses who know more than they do. There is room for considerable research because we cannot pretend we already know everything that could possibly be known about how to make people comfortable, despite the fact that they have incurable and fatal illnesses.

*Henteleff 5:9*

A majority of the witnesses felt that providing treatment for the purpose of alleviating suffering should be permitted notwithstanding that it may hasten death and refusing to provide such treatment would be inappropriate and negligent, in some cases. Professor Schafer indicated:

If a physician withholds adequate palliative care on the grounds that it will hasten the death of a patient whose life is more burdensome than beneficial, and who is suffering terribly, and this causes the suffering and the pain to continue, that would now be almost universally recognized as negligent, incompetent, perhaps even criminally negligent medical care.

*Schafer 18:124*



Moreover, Dr. David Roy, Director of the Centre for Bioethics at the Clinical Research Institute of Montreal, stated that a failure to alleviate pain often precludes patients from spending their last moments with family and friends:

There should be no law or morality that would limit a clinical team or doctor from administering the frequent dosages of pain medication that are necessary to free people's minds from pain that shrivels the spirit and leaves no time for speaking when, at times, there are very few hours or days left for such communication.

*Roy 22:7*

### **Committee Deliberations**

The Committee recognizes that providing treatment aimed at alleviating suffering that may shorten life is legal. However, it also recognizes that there are misconceptions on the part of the medical profession and the public as to the current legal status of this practice. The Committee believes that there should be certainty as to what is and what is not lawful. Treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life should be considered in the following situations:

- For competent patients, such treatment should be permitted only when the patient has given a free and informed consent.
- In the case of a patient who is incompetent but has completed a valid advance directive while competent, the wishes expressed therein should be respected. In the absence of a valid advance directive, the health care team should turn to the most appropriate surrogate decision-maker. That individual should make a substituted judgment if he or she knows what the patient would have decided were he or she competent. A best interests judgment should be made where the patient's wishes are not known.

The Committee accepts the statements made by many of the witnesses that this type of treatment is currently being provided in Canada. However, it is concerned about the lack of sufficient evidence with respect to the prevalence of this practice. The unavailability of data in this regard is not surprising for two reasons. First, there is conflicting evidence on what sorts of doses actually shorten life. Second, since the legal status of providing treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life is somewhat unclear to some health care professionals, they are reluctant to admit that they provide such treatment out of fear that they may be held criminally liable.

The Committee is concerned that, as a result of the confusion within the medical profession as to the current state of the law some patients are suffering needlessly because health care professionals are withholding adequate pain medication for fear of liability. In addition, this confusion seems to have resulted in the practice being shrouded in secrecy. This, in turn, may shield the detection of potential abuses in this area. Thus, the

## **Pain Control and Sedation Practices**

---

Committee strongly urges that there be a codification in law of the permissibility of this practice and that guidelines be established in order to regulate it.

The Committee is particularly concerned by the evidence that inadequate training of health care professionals in this area may have resulted in some patients suffering unnecessarily. The Committee is of the view that improved education in pain control is essential.

### **Recommendations**

**The Committee recommends the *Criminal Code* be amended to clarify the practice of providing treatment for the purpose of alleviating suffering that may shorten life.**

**The Committee recommends the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in cooperation with the provinces, territories and the national associations of health care professionals, develop guidelines and standards for the provision of treatment for the purpose of alleviating suffering where that may shorten life.**

**The Committee recommends education and training with respect to pain control be expanded and improved for all health care professionals.**



## Total Sedation

The Committee has defined total sedation as *the practice of rendering a person totally unconscious through the administration of drugs without potentially shortening that person's life.*

Dr. Marcel Boisvert, a Professor of Medicine at McGill University and palliative care physician at the Royal Victoria Hospital, illustrates when the technique of totally sedating a patient can occur within the palliative care context:

What we are pushed to do occasionally — not often — in palliative care is that, in some circumstances, in the dying process where distress is so bad that the only way to relieve people is sedation. Shortness of breath is the best example. In the palliative care field it is very often the paradigm of a difficult death - running after and catching each breath, 40, 50 times per minute. We can administer drugs that will relieve this. We can very often relieve 100 per cent of the pain, but rarely can we relieve 100 per cent of severe shortness of breath except by severe sedation.

*Boisvert 6:35*

On the other hand, Dr. Gordon, provides an illustration of when a patient may be totally sedated in a non-palliative care setting:

The specific cases of barbiturate coma of which I spoke was that which would be induced for the purpose of controlling epileptic seizures...That is a therapeutic use of barbiturates for epilepsy which does not respond to any other treatment. If someone has seizures which will not stop, that is an accepted therapeutic treatment. No one would ever dispute that...It is the use of barbiturates to induce coma in people who are suffering so badly, and whose pain is so uncontrollable, that the only way to control it is literally to put them to sleep.

*Gordon 27:19*

## Legal Status

The current legal status of this practice is clear. If the sedation is done with the consent of the patient or the patient's surrogate, it is legal. If the sedation is contrary to the clearly expressed wishes of a competent patient or the patient's surrogate, it is illegal — just as any medical treatment without proper consent is, in most cases, illegal. A health care professional who totally sedates a patient against the patient's competently expressed wishes may be charged with assault under section 265 of the *Criminal Code* and may be sued for battery in a civil action in common law jurisdictions. Under the civil law system in Quebec, it should be noted that health care professionals can be held civilly liable for such conduct, pursuant to art. 1457-1481 of the *Quebec Civil Code*.

### **Points of View of Witnesses**

The prevalence of the practice of total sedation is unclear. Although several witnesses alluded to it in the course of their testimony, there was little evidence as to the extent of this practice in Canada. Mr. Réjean Carrier, an experienced social worker who has practised both at Hotel-Dieu de Québec and at the Maison Michel Sarrazin, had this to say:

Some palliative care services have developed after everything else was tried in the way of drugs, special care and attention, the technique of sedation, that is to say putting patients to sleep to render them unaware of their physical or moral pain.

*Carrier 3:8*

Many witnesses who referred to the practice seemed to assume that it was legitimate, as did Dr. Morissette in explaining the circumstances in which the technique may be used:

Artificial sleep...is used in two situations. First, when a person is not yet ready to die but is in such tremendous pain, and second when there is an element of physiological exhaustion, which means that we have a difficult time controlling the suffering with drugs. At that point, the procedure is to induce sleep for a period ranging from several hours to several days and then to allow the patient to emerge from his sleep.

*Morissette 32:19*

Both Dr. Mount and Mr. Don Logan of the Christian Brethren, a religious organization in Winnipeg, also seemed to assume that this practice is permissible:

Sedation of patients where we have been unsuccessful in alleviating suffering is part of palliative care.

*Mount 5:30*

Sedation is a solution for the 5 per cent whose pain cannot be controlled.

*Christian Brethren 18:30*

The argument was put forward by some witnesses that, in their view, this type of total sedation is very similar to acts of euthanasia. Mr. Alister Browne, a biomedical ethicist with the B.C. Civil Liberties Association, held this position:

Some procedures associated with palliative care come very close to active euthanasia, in my opinion. For example, you have heard testimony to the effect that where a patient's distress is difficult to control, they will be "snowed", after having gone through elaborate consent requirements, and put to sleep. They are rendered unconscious, kept unconscious, and perhaps are woken every eight days or so. That measure seems not unlike active voluntary euthanasia.

*Browne 14:136*

Dr. Morissette agreed that these two actions are close; however, he felt that total sedation was the more acceptable approach:



Some places such as Maison Michel Sarazin are already using artificial sleep. Naturally, some ethicists will tell you that we are very close to euthanasia when we resort to this procedure and yes, in effect this is true. However, I believe that this could be a valid option.

*Morissette 32:15*

The concern was raised by many witnesses that, while medical professionals in Canada are providing this type of sedation, there are no existing professional guidelines or national standards governing this practice. Mr. Carrier testified:

There is a danger in using this technique because it could also be abused. For example, who can decide whether a state of distress is unbearable for a patient and whether that patient should be put to sleep. If this technique were an alternative to relieving pain and to euthanasia, an assessment protocol would be necessary in order to prevent it from becoming something that would be easily prescribed.

*Carrier 3:8*

### **Committee Deliberations**

The Committee recognizes that the practice of total sedation is used in Canada both for the temporary treatment of patients in acute circumstances and for terminal patients. In the case of terminal patients suffering intolerable pain that cannot be relieved by other treatments, the Committee recommends that it be clearly defined when total sedation should be permitted. It therefore recommends that the practice should be considered in the following situations:

- For competent patients, this type of sedation should only be provided when the patient has given a free and informed consent.
- For incompetent patients who have completed a valid advance directive, the expressed wishes should be respected. Where a valid advance directive does not exist, the health care team should turn to the most appropriate surrogate decision-maker. That individual should make a substituted judgment if he or she knows what the patient would have decided were he or she competent. A best interests judgment should be made where the patient's wishes are not known.

The members are concerned that no guidelines whatsoever have been established to regulate this practice in Canada. The Committee is of the view that society has a compelling social responsibility to ensure that the proper regulations are in place to protect against any potential abuses with respect to sedation practices. In this connection, it strongly believes that national standards and guidelines should be developed.

The Committee is of the view that more research and study is required in this area.

## **Recommendations**

**The Committee recommends the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in cooperation with the provinces, territories and the national associations of health care professionals, develop guidelines and standards for the practice of the total sedation of patients.**

**The Committee recommends the federal government, in cooperation with the provinces and territories, undertake a study in order to determine the frequency and conditions under which total sedation is practised.**



## Chapter V

# Withholding and Withdrawal of Life-sustaining Treatment

---

Medical technology has been evolving at such a pace that life support systems now maintain life for much longer periods. While that technology is a necessary and welcome development, some people view it with reservation. Many people fear a prolonged artificial existence but choose to live under these circumstances, while others believe that a life under these conditions is unacceptable. As a result, medical professionals, patients and others mandated to decide on their behalf are increasingly confronted with decisions concerning withholding or withdrawing life-sustaining treatment. Individuals refusing this type of treatment have successfully sought the approval of our courts, although such decisions have not been codified in statute law. Uncertainty still surrounds the issue.

The Committee has defined withholding life-sustaining treatment as *not starting treatment that has the potential to sustain life* - for example, not instituting cardiopulmonary resuscitation (CPR); not giving a blood transfusion; not starting antibiotics; or not starting artificial hydration and nutrition.

Withdrawing life-sustaining treatment is *stopping treatment that has the potential to sustain life*. Examples include removing a respirator or removing a gastric tube supplying artificial hydration and nutrition.

Withholding and withdrawing life-sustaining treatment can be voluntary, non-voluntary and involuntary:

- **Voluntary** : done in accordance with the wishes of a competent individual or a valid advance directive. For example, a physician removes a respirator at the request of a competent individual.
- **Nonvoluntary** : done without the knowledge of the wishes of a competent or an incompetent individual. For example, when a physician, at the request of the family, removes a gastric tube supplying artificial hydration to an individual in a persistent vegetative state whose prior wishes cannot be determined.

- **Involuntary** : done against the wishes of a competent individual or a valid advance directive. For example, CPR is withheld from a competent individual who has requested that all treatment be provided despite the fact that the health care team has stated that CPR will be futile.

### Legal Status

Mr. Justice Sopinka, writing for the majority of the Supreme Court of Canada in the *Rodriguez case*, summarized the current legal status of the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment in the following manner:

Canadian courts have recognized a common law right of patients to refuse consent to medical treatment, or to demand that treatment, once commenced, be withdrawn or discontinued (*Ciarlariello v. Schacter*, [1993] 2 S.C.R. 119). This right has been specifically recognized to exist even if the withdrawal from or refusal of treatment may result in death (*Nancy B. v. Hotel-Dieu de Quebec* (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (Que.S.C.); *Mallette v. Shulman* (1990), 72 O.R. (2d) 417 (C.A.).<sup>8</sup>

The *Quebec Civil Code* provides individuals with the right to refuse medical treatment. This right was reaffirmed by the Quebec Superior Court in the *Nancy B* decision.<sup>9</sup> The relevant sections of the *Civil Code* provide:

**Article 10.** *Every person is inviolable and is entitled to the integrity of his person.*

*Except in cases provided for by law, no one may interfere with his person without his free and enlightened consent.*

**Article 11.** *No person may be made to undergo care of any nature, whether for examination, specimen taking, removal of tissue, treatment or any other act, except with his consent.*

**Article 12.** *If the person concerned is incapable of giving or refusing his consent to care, a person authorized by law or by mandate given in anticipation of his incapacity may do so in his place.*

---

8 *R. v. Rodriguez* at p.598.

9 See *N.B. v. Hotel-Dieu de Québec* (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (Q.C.A.).



Dr. Keyserlingk made reference to the *Nancy B* decision as follows:

The hospital [in *Nancy B*] was concerned, "Are we not killing the patient if we stop the life support?", to which the court replied, "Not at all. This is the patient's right to refuse"...From the hospital's point of view or the physician's point of view, they do not have a right to treat when it has been refused. It becomes a form of assault.

*Keyserlingk 1:32*

It is legally acceptable throughout Canada to withhold or withdraw life-sustaining treatment from competent patients who so wish it. Dr. Keyserlingk and Dr. Ted Boadway, Director of Health Policy at the Ontario Medical Association, said:

Such a duty [to provide life-support] does not exist in some circumstances, one of them being if the treatment is refused by a competent patient...Legally this omission under these circumstances would not be euthanasia by omission, it would simply be good medical care.

*Keyserlingk 1:28*

The current situation ... is that the courts have ruled that physicians must respect and uphold competent patient wishes respecting treatment choices at all stages of life, regardless of whether that may result in a hastened death.

*Boadway 20:70*

The general principle of respect for refusal of life-sustaining treatment for competent patients who request it is widely accepted. There remain a number of difficult aspects of the issue that the courts have not yet settled. There are no decided cases on whether life-sustaining treatment can be withheld or withdrawn from incompetent patients, for example, young children and patients in persistent vegetative states. Futile treatment withheld against the patient's wishes is another grey area in law. A further question that remains is whether artificial hydration and nutrition is a medical treatment that can be withheld or withdrawn in the same way as any other medical treatment. While the courts have dealt with this last issue, they are divided.

In the *Astaforoff* case,<sup>10</sup> the British Columbia Court of Appeal affirmed a decision of the British Columbia Supreme Court in which the judge, while acknowledging the Court's duty to preserve the sanctity of life, went on to hold that that duty did not include requiring the necessities of life to be forced on someone against his or her wishes. By contrast, in the *Niemic* case,<sup>11</sup> the Quebec Superior Court decided the issue in the opposite direction. In that case, the Court authorized a hospital to feed and to treat surgically, in whatever manner necessary, a competent adult who had refused all medical treatment. The Supreme Court of Canada has not yet been asked to rule on these complex issues.

10 *Attorney General of B.C. v. Astaforoff* [1983] 6 W.W.R. 322 (B.C.S.C.); aff'd [1984] 4 W.W.R. 385 (B.C.C.A.).

11 *Procureur Général du Canada v. Hopital Notre Dame et Niemic* (1984), C.S. 426.

## **Withholding and Withdrawal of Life-sustaining Treatment**

Some witnesses stated that medical professionals require clearer direction with respect to these aspects of withholding and withdrawing treatment:<sup>12</sup>

In reality, however, the common law is not sufficiently clear to be well understood by practitioners or the general public, nor is it completely generalizable from one case to the next, thus leaving enough ambiguity in the minds of practitioners that they are uncertain of their obligations and possible legal liability for either failing to treat or treating. These problems are particularly evident in the case of the patient who is in a persistent vegetative state.

*Boadway 20:70*

The Law Reform Commission dealt specifically with the cessation of treatment:

...There is, rightly or wrongly, some uneasiness among medical specialists and the public in general. This uneasiness lies particularly in the perception that present legislation casts serious doubt on the legality of certain current medical or hospital practices.<sup>13</sup>

Mr. Scott Rowand, President of the Wellesley Hospital in Toronto expressed another concern:

I do not believe adequate legal protection exists, something which was recommended by the Law Reform Commission of Canada in Working Paper 28, for hospitals or professional caregivers in some circumstances in terms of cessation of treatment.

*Rowand 9:32*

### **British Columbia Crown Counsel Policy Guidelines**

The *British Columbia Crown Counsel Policy Guidelines* refer specifically to these activities. These guidelines provide that “withholding or withdrawing treatment means a qualified medical practitioner, with consent by or on behalf of the patient, discontinuing or not intervening with medical procedures to prolong life beyond its natural length. This conduct, when provided or administered according to accepted ethical medical standards, is not subject to criminal prosecution.”<sup>14</sup>

These situations are not only problematic from a legal point of view, they also raise moral and ethical questions. The witnesses’ views in this respect reflect the difficulties that arise in these cases and the diversity of opinion regarding what is and is not acceptable.

---

12 See Appendix G to this Report for an example of an amendment that has been suggested. The Committee does not endorse this specific proposal but rather offer it for illustrative purposes.

13 Law Reform Commission of Canada, *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*, Working Paper 28 (Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1982) p. 28.

14 The full text of these guidelines is reproduced in Appendix I of this Report.



## **Points of View of Witnesses**

Some witnesses testified that the arguments for accepting the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment from competent persons apply equally to incompetent persons who make requests while competent. Professor Eike-Henner Kluge, who teaches biomedical ethics at the University of Victoria, stated:

If I have shown that competent persons have the right to decide whether they want to live or die, then it follows that same right must also hold for persons who make such requests when they were competent but now are competent no longer.

*Kluge 2:20*

Another point of view expressed by the Lubavitch Organization in British Columbia was that the wishes of an incompetent person cannot ever be known and so no legitimate substituted judgment is ever possible:

Any decision, whether it be to respect a "living will" or the need to make a determination with no known instruction should only be done on the side of the protection of life. Societies over the centuries have used the protection of life as a keystone for their moral foundations. Any move away from this stance will endanger all of society and its values by undermining the fundamental principle of the sanctity of life and our responsibility to protect it.

*Lubavitch-B.C. Brief p.5*

Some of the witnesses described futile treatment as treatment that, based on medical judgment, is completely ineffective. Others described it as treatment that has a low probability of effectiveness and results that are not worthwhile, thus involving both a medical and a moral judgment. Dr. John Williams, Director of the Department of Ethics and Legal Affairs, Canadian Medical Association, testified:

This problem of futility is one of the most difficult ones in medical practice today. The statement that we have presented to you called the "Joint Statement on Resuscitative Interventions", which was very recently passed by our three associations, addresses the question of futility. It certainly does not answer it, but it at least addresses it, and it sets out some parameters within which the further discussion of futility can take place, in particular, whether it should be a determination by the qualified medical professional that a treatment is incapable of achieving a specified end, or whether it should be a decision on the part of the patient or the family that such an end is either desirable or undesirable.

For instance, is a resuscitation which should perhaps keep a patient alive for another two weeks in the hospital futile or not? The answer may be, "yes and no". It would not be futile in the sense that it would achieve the goal of keeping someone alive for two more weeks, but whether that goal is worthwhile or acceptable is really a decision that is based on the values of patients, caregivers or whoever. It is an open question, and we have not attempted to resolve it at this time.

*Williams 25:8*

Some of the witnesses expressed their view that it is acceptable to withhold or withdraw life-sustaining treatment even if the treatment is not futile, for example, a medically necessary blood transfusion for an otherwise healthy Jehovah's Witness. As Dr. Douglas Sawyer, Chair of the Ethics Committee of the Canadian Medical Association, stated:

[In your opinion, should the refusal of treatment be applied only when it is considered futile, or are there other situations?] I think that a patient can refuse treatment for any reason. When a patient refuses, the question of futility does not come up. The question of futility comes up if the patient is incompetent and unable to refuse, but the treatment is considered futile.

*CMA 25:7*

Several witnesses suggested that there is no morally significant difference between the withholding or withdrawal of artificial hydration and nutrition on the one hand and, the withholding or withdrawal of a respirator, blood transfusion, or CPR on the other. Therefore, if one may be withheld or withdrawn, then so too may the other.

Other witnesses held the view that there is a difference between these two types of actions. They said that withholding or withdrawing life support is ethically acceptable, but this does not include artificial hydration and nutrition. Canadian Nurses for Life offered their opinion that withdrawing nutrition and hydration is inappropriate and undesirable:

Providing basic nutrition and hydration has never been medical treatment because neither treat any illness or disease...The following is the text of the resolution passed at the International Congress of the World Federation of Doctors who Respect Human Life which took place in Rome, Dec. 1-2, 1989. This federation has almost 300,000 members in 59 countries. "In every case of terminal illness, it is a cruel and anti-medical practice to withdraw nutrition and hydration and thus to cause the patient to die of hunger and thirst, which can only increase his suffering. Nutrition and hydration are a basic life-maintaining need even if administered intravenously or by gastric tube."

*Canadian Nurses for Life Brief pp.2-3*

Apart from the foregoing problematic areas, many witnesses made general comments about the frequency, and conditions under which withholding and withdrawing treatments that sustain life occur. Some witnesses confirmed that the wishes expressed by patients are in fact being respected in most cases. However, the Committee was also told of some situations in which patients' wishes are not being honoured. For example, Reverend John Oldham, who has had clinical pastoral training at Victoria Hospital in Winnipeg and has led a number of seminars on death and dying, informed the Committee that life-sustaining treatment is sometimes given to patients despite their wishes, or the surrogates' refusal, to consent to it:

Aggressive treatment is sometimes carried out more than necessary, I believe, against the wishes of patients and families, by strong-willed, determined doctors in intensive care units. Sometimes it is overly aggressive. Those are judgment calls and they are very difficult to make.

*Oldham 18: 27*



Some witnesses related cases in which a health care team withholds treatment, against the wishes of the patient or the surrogate, because it decides that treatment would be futile. The Christian Brethren of Manitoba provided an example:

The Doctor...said that Mother's case had been considered and a decision has been made to withdraw the support machine, and they had in fact, already begun to reduce the number of breaths per minute, and the machine would be switched off completely at 6 p.m.

Father again indicated that he could not give his permission, and he could not interfere with God's own rights in giving life or taking life.

In conclusion I would say, that our state of sorrow and shock at this time was increased by the knowledge that the Hospital Directors had authority to remove the life support machine (by what was conveyed to us), regardless of our feelings about it, and further that we had no power to stop them from doing so.

*Christian Brethren, Brief pp.4-5*

Another issue of concern for some of the witnesses is that there are times when a patient is not in a position to make a free and informed choice as to the refusal of treatment. Here, the role of health care professionals is of utmost importance. Ms. Rodney offered the Committee an illustration of this type of situation based on her experience as a nurse. She recounted a case of a 76-year old diabetic who, as a result of his illness was quite limited in his physical mobility and also required long-term dialysis. As his condition began to deteriorate, he informed the health care team that he wanted to stop dialysis. The team was concerned about this decision because he had not previously mentioned it and the deterioration in his health was not so great as to justify his request:

With some reluctance, he disclosed that he wished to stop his dialysis because he felt he was becoming an increasing burden on his wife and was stressing her own resources. After finding that out, the team...had a much better understanding of how to proceed. They negotiated a new plan of care with him. They arranged to get more homecare support for him to assist him and his wife...Mr. C. and his wife were able to cope much better. He withdrew his request to have the treatment stopped and lived what he described as a good quality of life for another four years.

*Rodney 15:124*

Some of the witnesses shared their views with the Committee on the differences between acts of withdrawing and withholding. A few suggested there is a moral distinction between these. The Lubavitch of British Columbia stated:

The discontinuation of any medical treatment such as respirator, oxygen, intravenous, nasal-gastric feeding or pharmacological treatment cannot be endorsed. It would only be possible to take these actions if the physician knew with absolute certainty that his conduct was not interrupting life. Such a determination is impossible for anyone to make with absolute and total certainty. Therefore, once initiated, instrumental support of vital life processes should not be interrupted unless and until death has been determined.

*Lubavitch-B.C., Brief p.13*

## **Withholding and Withdrawal of Life-sustaining Treatment**

---

Dr. Somerville expressed the opinion that there is no ethical distinction between withholding and withdrawing:

There is also an issue about there being any difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. Ethically and legally there is not, provided in either case the act is justified. Again, to some extent, whether it is justified is a value judgment. However — and I think we need to acknowledge this — withdrawing treatment can feel different from withholding treatment for the health care professionals involved.

*Somerville 6:6*

Despite the different views of the witnesses, they were almost unanimous in finding that withholding and withdrawal of life-sustaining treatment is morally acceptable in principle and that when a competent patient or patient's surrogate refuses to consent to treatment, that decision must be respected. As Dr. Mount remarked:

There is general agreement now that there is no place for the introduction of life-prolonging treatment when the patient is against that or no argument against discontinuing that. That issue has been sorted out and largely agreed to by a broad range of authorities.

*Mount 5:27*

Professor Schafer concurred in this view:

These very powerful values — freedom, liberty, autonomy have led to an almost unanimous consensus in the biomedical ethics and legal communities: that what used to be called 'passive euthanasia' [withholding and withdrawing life-sustaining treatment] is morally legitimate and ought to be legally permissible.

*Schafer 18:122*

## **Committee Deliberations**

The Committee does not believe that there is any moral difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. Therefore, in its opinion, the same ethical arguments that apply to withholding also apply to withdrawing.

The Committee recognizes that the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment is legal when it is requested by a competent patient. However, if the wishes of an incompetent individual are known, through an advance directive or through previous conversations with a family member or a friend, then the surrogate decision-maker should make a substituted judgment and those wishes should be respected. Where the wishes of an incompetent person are not known, then a best interests judgment should be made.

The Committee recognizes that there is uncertainty on the part of the medical profession and the public as to what is legally permissible in this area. The Committee is of the opinion that the practice regarding the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment should be clarified in law. In this regard, the following criteria should be considered:



## **Withholding and Withdrawal of Life-sustaining Treatment**

- When a patient refuses life-sustaining treatment, the health care team should assess the patient's competence.
- If the patient is competent, the health care team should ensure that the patient is making a free and informed choice, in which case the patient's refusal should be respected.
- When the patient is incompetent but has completed a valid advance directive while competent, the wishes expressed therein should be respected. In the absence of a valid advance directive, the health care team should turn to the surrogate decision-maker. That person should make a substituted judgment if he or she knows what the patient would have decided were he or she competent. A best interests judgment should be respected where his or her wishes are not known.
- Life-sustaining treatment should not be withheld or withdrawn against the wishes of a competent individual or his or her surrogate unless the treatment is 'futile', as defined by the Committee.
- Futility must be understood very narrowly as treatment that will, in the opinion of the health care team, be completely ineffective.
- The Committee considers artificial hydration and nutrition as treatment; thus, the withholding and withdrawal of it is as acceptable in some circumstances as is the withholding and withdrawal of artificial respiration, blood transfusions and CPR.

The Committee believes it is unacceptable that life-sustaining treatment is being withheld and withdrawn without adequate guidelines in place governing such practices.

### Recommendations

The Committee recommends the *Criminal Code* be amended and necessary legislation be enacted in order to explicitly recognize and to clarify the circumstances in which the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment is legally acceptable. The criteria enunciated in this chapter under “Committee Deliberations” should be considered.

The Committee recommends the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in consultation with the provinces and territories and the relevant professional associations, establish guidelines to govern the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment.

The Committee recommends professional guidelines be amended so that they are consistent with these recommendations, the amended *Criminal Code*, and the national guidelines.

The Committee recommends the Federal Ministry of Health, in cooperation with the provinces and territories, sponsor a national campaign designed to inform the public as to their rights with respect to the refusal of life-sustaining treatment.

The Committee recommends research be conducted in order to determine the frequency with which and conditions under which life-sustaining treatment is withheld or withdrawn under the recommended legislation and guidelines.



## Chapter VI

### Advance Directives

---

Throughout the Committee hearings, witnesses referred to the importance of patient involvement in health care decisions and the emergence of advance directives as a method of accomplishing this. Health care professionals emphasized that it is crucial that patients guide medical practitioners and nurses as to what treatments they do and do not want. This is also important for family members who are often faced with making critical decisions for one another regarding matters of health. These decisions are much easier when families are aware of the wishes of the patient.

An advance directive, referred to as mandate in the *Quebec Civil Code*, and also commonly known as a living will, is a document executed by a competent individual concerning health care decisions to be made in the event that the individual becomes incompetent to make such decisions. Advance directives can be divided into two categories: instruction directives, and proxy directives also known as durable powers of attorney for health care. In an **instruction directive**, an individual sets out *what or how health care decisions are to be made* in the event that he or she becomes incompetent. In a **proxy directive**, an individual sets out *who is to make health care decisions* in the event that he or she becomes incompetent.

#### Legal Status

Most provincial legislatures in Canada have enacted or are considering some form of legislation regarding advance directives. Quebec, Ontario, Manitoba, and Nova Scotia have passed and proclaimed legislation that codifies respect for advance directives into law. In British Columbia, legislation has been passed but not yet proclaimed. Newfoundland's *An Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers* was reintroduced on March 16, 1995 and is currently awaiting committee study.

While no legislation exists on advance directives in some provinces, a few are studying the issue or considering legislation in this regard. Alberta had introduced legislation, the *Advance Directives Act*, however, it was dropped from the *Order Paper* when the legislative session ended in November 1994. The Minister of Health is currently accepting and analyzing public input received as a result of a discussion paper concerning advance directives before any new plans are made to reintroduce legislation.

In the Northwest Territories, the development of guidelines entitled *Standards and Procedures for Advanced Treatment Directives for both Coordinated Home Care Programs and Facility based Long Term Care Programs*, has been initiated by the Department of Health. In New Brunswick, a committee established to study advance health care directives has presented its report to the Department of Justice. The Department intends to study the report to determine whether legislation is required.

Prince Edward Island, Saskatchewan, and the Yukon have no current plans to introduce legislation or to study the issue.<sup>15</sup>

### Points of View of Witnesses

Most witnesses agreed that advance directives should be legally binding in all provinces and medical staff should be required to defer to patients' wishes, expressed through valid advance directives. Dr. Latimer, for example, supported this view:

I would be in favour of people having the option to decide about their treatment which can be conveyed in a living will, in terms of what sort of treatment they would like to have toward the end of life. In other words, they may choose not to have certain kinds of therapies which prolong their life. They should have the right, or the option to be able to choose.

*Latimer 4:10*

Dr. Latimer also noted how such legislation could serve the health care profession:

Anything that can clarify for doctors and health care systems the sort of treatment a person wants to have is to be applauded. If it happens through a living will or through the durable power of attorney, coming into effect soon [in Ontario], or a combination of the two is to be applauded. A patient simply letting their doctor know the general nature of their wishes about those kinds of things can only be applauded.

*Latimer 4:10*

Mr. Carrier and Ms. Chapman explained some of the benefits of mandating observance for advance directives:

In my view, the living will is an interesting option to the extent that we can ensure that no treatment will be given against the person's will and that it will be possible to check with the person to see what he or she wants at the end, if, of course, that person is still able to choose...The [living] will can protect against "aggressive therapy".

*Carrier 3:13*

---

<sup>15</sup> See AppendicesJ and K to the Report for a more detailed summary of the status of advance directives legislation in Canadian provinces.



The legitimacy of the advance directive as enshrined in the provincial legislation will address some of the problems regarding treatment decisions, such as the withholding of treatment if a person's wishes are known prior to his or her becoming ill. In accordance with the advance directive, treatment or non-treatment will respect the individual's wishes and ensure that these wishes are respected in the event that the person is not able to express his or her own views. Many of the difficult situations and eventualities that arise at the end of life could be prevented if this legislation were available across the country and advance directives became widespread.

*Chapman 32:57*

Mr. Bureau pointed out that expressing free and informed consent or refusal of treatment by way of advance directives aids the family and friends when faced with the task of making difficult decisions:

If the dying person's wishes are honoured, the mourning process will be facilitated, less painful and certainly less destructive because there will be less guilt and tension in the family and among the caregivers.

*Bureau 4:36*

A few witnesses, however, expressed some reservations. Dr. Keyserlingk testified:

The problem with this whole movement is, if we all start writing our wills and saying that we do not want certain things at the time when it becomes heroic, it could be that the burden will shift. Then, if people do not have a living will, medicine will begin to think, "I guess they want everything".

*Keyserlingk 1:52-53*

Professor Mishara pointed out that a living will makes it more difficult for people to change their mind about their wishes:

So one of the problems...is how to protect the rights of individuals to change their mind; they may have signed a piece of paper one day when they were feeling alone and isolated...but after the pain is effectively relieved, they feel better and they feel differently.

*Mishara 2:41*

Some nurses expressed a number of concerns:

This emphasis on the need for a living will also implies that, unless clearly directed by their patients, nurses will give poor nursing care; the patient has lost any or all right to refuse treatment and that these rights must be acquired by signing a legal document; that patients must expect to be treated excessively if no such document exists; that patients unable to exert their rights have no rights. Canadian Nurses For Life believes that there does not appear to be any good reason for making into law what is already good nursing practice...The underlying premise of requiring a living will is that nurses not only treat patients contrary to their wishes, but that they routinely overtreat patients.

*Nurses for Life 8:7*

Ms. June Scandiffo, of the Right to Life Association of Toronto, stated the following:

Certainly, the idea of having one person that you trust speak for you is valid. The thing that must be remembered is that people have to be aware of things like conflict of interest. Obviously, the person who signs such a document must trust you and your judgment. But not all of us are trustworthy. Will there be coercion in signing these things?

*Scandiffo 8:52*

## **Committee Deliberations**

While the Committee is aware of the concerns raised by some of the witnesses with regard to legally mandating respect for advance directives, the benefits appear to be significant. The members hope that those provinces and territories that have not already done so will implement advance directives legislation in the future.

The Committee is concerned about the apparent complexity of some existing legislation on advance directives. The members are of the view that if the process of preparing and executing such documents is clear, straightforward and available at minimal cost, more people will be encouraged to complete advance directives.

## **Recommendations**

**The Committee recommends those provinces and territories that do not have advance directive legislation adopt such legislation.**

**The Committee recommends the provinces and territories establish a protocol to recognize advance directives executed in other provinces and territories.**



## Chapter VII

### Assisted Suicide

---

**A**ssisted suicide is defined as *the act of killing oneself intentionally with the assistance of another who provides the means, the knowledge, or both.*

Examples of assisted suicide include the following:

- a physician gives a patient information about how to take a lethal dose of a drug and writes a prescription for the drug knowing that it is the intention of the patient to kill himself with the drug. The patient takes the lethal dose and dies as a result.
- a friend of a partially-paralysed woman goes to the pharmacy to get a prescription for barbiturates filled, brings them to her, pours them into her hand, and brings her a drink to wash down the pills. The woman takes the pills with the drink and dies as a result.

The necessary and sufficient elements of assisted suicide are that the patient is the agent of death but death results from the assistance supplied by another person.

Refusal of treatment is not suicide or assisted suicide, nor is treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life. Euthanasia is also not a form of assisted suicide because, unlike assisted suicide, the final act is not accomplished by the person wishing to die.

### Legal Status

Neither suicide nor attempted suicide are illegal in Canada, the offence of attempted suicide having been repealed in 1972. Assisting with a suicide, however, is a criminal offence. Section 241 of the *Criminal Code* provides that:

**241. Every one who**

(a) counsels a person to commit suicide, or

(b) aids or abets a person to commit suicide,

whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

Assisted suicide is an offence under subsection 241(b). “Aids and abets” under this provision includes providing the information or the means to a person who commits suicide. This sub-section is the focus of the present chapter.

### **The Common Law and the *Charter***

The leading case in this area involves Sue Rodriguez who, at the time of the Supreme Court hearing, was a 42-year-old woman suffering from amyotrophic lateral sclerosis (ALS, also known as “Lou Gehrig’s Disease”). The prognosis for her type of ALS was a steady loss of physical ability, for example, walking, speaking, swallowing, and breathing, followed by death in two to fourteen months. Near the end, she would be conscious and aware of her situation but bedridden and completely dependent upon the care of others and the support of artificial respiration, hydration and nutrition.

Sue Rodriguez did not want to die as long as she had the capacity to enjoy life, but realized that there would come a point where she would no longer be able to commit suicide without assistance. She commenced a court action, asking that the *Criminal Code* provision prohibiting assisted suicide be declared contrary to the *Charter*. As the Supreme Court of Canada phrased it, she asked “that a qualified physician be allowed to set up technological means by which she might, when she is no longer able to enjoy life, by her own hand, at the time of her choosing, end her life.” She was unsuccessful in the courts and died in February 1994. It is uncertain whether her death involved assisted suicide or voluntary euthanasia. No charges have been laid.

In a five to four decision, the Supreme Court of Canada held that the provision against assisted suicide, section 241(b), does not offend the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. While the prohibition against assisted suicide infringed Sue Rodriguez’s *Charter* right to liberty and security of the person, it did not do so in a manner contrary to the principles of fundamental justice. It was also argued on her behalf that a handicapped person wishing to commit suicide, but physically unable to do so, had a right to assisted suicide under the equality provisions. Mr. Justice Sopinka who wrote for the majority held that, even if there had been a breach of the *Charter*’s equality provisions, this would be demonstrably justified in a free and democratic society pursuant to section 1 of the *Charter*.

There were three dissenting opinions. Chief Justice Lamer held that the prohibition against assisted suicide limits the right to equality guaranteed under the *Charter* and that the limitation is not demonstrably justified in a free and democratic society. He concluded that the vulnerable could be protected in a manner that does not limit the equality rights of the disabled. Madam Justice McLachlin (with Madame Justice L’Heureux-Dubé



concurring) held that the prohibition against assisted suicide infringes the right not to be deprived of life, liberty, and security of the person except in accordance with the principles of fundamental justice and is not demonstrably justified in a free and democratic society. She held that the vulnerable could be protected in a manner that does not limit the right to liberty of Canadians in an arbitrary manner. She found the equality provisions of the *Charter* to have no application in this case. Mr. Justice Cory agreed substantially with both Chief Justice Lamer and Madam Justice McLachlin; he held that the prohibition against assisted suicide infringed both the right not to be deprived of life, liberty, and security of the person except in accordance with the principles of fundamental justice and the right to equality and also that the infringement is not demonstrably justified in a free and democratic society.

It is important to note that five judges upheld the present law on assisted suicide, while four rejected it. A more detailed summary of this decision is reproduced in Appendix N to this Report.

### **British Columbia Crown Counsel Policy Guidelines**

The British Columbia Attorney General has issued *Crown Counsel Policy Guidelines on Active Euthanasia and Assisted Suicide*.<sup>16</sup> The Committee is unaware of any other provinces that have issued similar guidelines. According to the British Columbia guidelines, a medical practitioner will not be subject to criminal prosecution for assisted suicide and euthanasia unless there is a substantial likelihood of conviction and the public interest requires it. They provide that:

A substantial likelihood of conviction is significantly more a *prima facie* case, but considerably less than a virtual certainty of conviction...For this reason, Crown Counsel must be flexible in applying the substantial likelihood of conviction standard recognizing that the more serious the allegation, the greater the interests of justice in ensuring that provable charges are prosecuted.

The specific factors to be considered in determining whether the public interest requires a prosecution include:

- The importance of supporting proper professional and ethical standards within the health care professions;
- Society's interest in the protection of vulnerable persons; and
- Society's interest in protecting the sanctity of human life, recognizing this does not require life to be preserved at all cost.

---

16 These guidelines have been reproduced in full in Appendix I to this Report.

### Points of View of Witnesses

The Committee heard a wide range of ethical, social and legal arguments ranging from requests for the outright legalization of assisted suicide to suggestions that society should take stronger measures to clarify the fact that suicide should always be discouraged.

Despite the clear illegality of assisted suicide, the Committee heard testimony that assisted suicide does take place in Canada. Other witnesses, however, have said that assisted suicide is very rare. Most witnesses who testified did not make a clear distinction between assisted suicide and euthanasia making it difficult to establish any dependable figures. Russel Ogden, whose M.A. Thesis was on assisted suicide and euthanasia of persons who have AIDS or HIV, and Dr. Boadway both stated that assisted suicide takes place on a regular basis:

I discovered that here in British Columbia, euthanasia in the AIDS population occurs both with and without the assistance of physicians. Between 1980 and 1993, I learned of 34 cases of assisted suicide or euthanasia amongst the AIDS population. I also learned of other deaths outside of the AIDS population, but I did not include those in my data. I have learned of many more deaths amongst patients with ALS, cancer and AIDS since the publication of these findings.

*Ogden 14:75-6*

Since I spoke out about assisted suicide a year ago, I cannot stop people talking to me about it [including] physicians and nurses. I deliberately try to avoid learning anything about the circumstances of the case because I do not want to know. However, I can tell you that it is constant.

*Boadway 20:83*

On the other hand, Reverend Kenneth Weir, a chaplain from New Brunswick, stated:

I can honestly sit before you and say that I have been there, I have worked with the staff, I have lived in the profession for nine full years, it has been my life, and I know what goes on in the institutions. I cannot cite one single instance of this [assisted suicide] happening in our institutions. . . Such happenings do not go unnoticed or unspoken about, and I have the confidences of doctors and nurses, and the ancillary staff.

*Weir 24:22*

Because of the reluctance of witnesses to discuss illegal activities, it was not possible for the Committee to gather accurate or complete information on the incidence of assisted suicide. As Reverend Oldham said:

There is no question in my mind and in my heart that there are many people across this nation, professional people and others, who are not here because of the fear of investigation and potential punitive action.

*Oldham 18:28*



Dr. Chochinov pointed out to the Committee that there is very little information overall about who requests assisted suicide, or why they do so:

What do we know of this group for whom physician-assisted death would be considered? The answer is: exceedingly little. How large a group might this be? What is the distribution of their underlying disease processes and burden of symptoms? To what extent does pain, depression and social support influence the desire for death? To what extent can intervention influence or alter one's desire for death? These are all empirical research questions which can and must be answered.

*Chochinov 17:6*

The Committee was unable to ascertain how often assistance is requested and by which patient groups, how often assisted suicides are taking place, and under what conditions assistance is being requested and provided. The Committee heard sufficient evidence to suspect it is being requested and provided.

### **Witnesses Arguments Against Decriminalizing Assisted Suicide**

One of the most commonly heard arguments against assisted suicide was the importance of protecting life as a fundamental societal value. A related argument involved the sanctity of life, but the two are not the same. Life is a fundamental societal value because society cannot survive if this value is not protected. The Thomas Moore Lawyers' Guild and Dr. McGregor described the fundamental value of life as follows:

Recognition of this social context in which individual rights are considered is crucial, we believe, especially when dealing with the issue of life and its protection. Societies are judged by their treatment and protection of life.

*Thomas Moore Lawyers' Guild*

Euthanasia and assisted suicide are contrary to the basic respect for human life which is at the core of societal values.

*McGregor 4:55*

Those who base their opposition to assisted suicide on the value of the sanctity of life use different terminology. They consider all human life sacred as reflected in such religious principles as "Thou shalt not kill". This value was emphasized in terms of the Judeo-Christian tradition. Dr. Senn and Reverend J.A. Baycroft of the Anglican Church of Ottawa said:

The Judeo-Christian belief still plays a major part in our society. It says that life is not something that we arrange for ourselves, that it is a gift and that we have no more right to take it away ourselves than we did to demand it to start with.

*Senn 9:6*

I believe that my life is part of the whole of human life, that it is not simply my individual possession. Not only am I required to respect the lives of other people, but my respect for my life is indivisible from my respect for the lives of others. If I set an example by abandoning my will to live, should I be depressed enough and should things get tough enough, there is a danger that that will weaken the thresholds and undermine the commitment of others, particularly the vulnerable in society.

*Baycroft 28:8*

The notion of respect for life was also expressed by representatives of the Alberta Indian Health Care Commission:

The elders and spiritual leaders firmly respect life. In their prayers, they pray for people to have a long and respectful life. It is not part of our culture to actually approve of someone taking their own life. They do not want to alter nature. When it comes to terminally ill people, they leave it in the hands of the Creator. They will make every effort to ensure that an individual does get well. They will pray for that person right to the final breath.

*Bottle 30:23*

In addition, some witnesses pointed out that, while personal autonomy is a value in our society, it is not absolute:

The principle of self-determination, of the patient's autonomy, goes hand-in-hand with interdependence. We can't have one without the other. We are individuals living in a society, a community and the community has rights when it comes to an individual member's behaviour. Our whole society is based on this, and one person's actions can set off emotions or consequences for his family and his immediate neighbours in the community.

*Dionne 13:12*

Many witnesses referred to the concept of a "slippery slope". They fear that allowing assisted suicide would inevitably lead towards allowing voluntary euthanasia, and perhaps even the involuntary euthanasia of the elderly, the disabled, and other vulnerable individuals. Although it may be presented in simple terms, the issue is more complex and involves concerns about emotional, psychological and financial pressures that may make it difficult to restrict assisted suicide if it is allowed at all. Doctors Roy, Adams and Johnston characterized it as follows:

It is illusory, or at least highly questionable, that a society would be able to uphold the voluntary character of euthanasia once it became legally, socially and ethically acceptable for many people. It would be difficult, if not impossible, to construct a law that would prohibit people from using persuasion, however subtle, on people to request euthanasia when that is probably not what they want.

I have seen that, particularly with respect to AIDS patients who have been totally abandoned by their parents, brothers and sisters and by their lovers. In a state of total isolation, cut off from every source of life and affection, they would see death as the only liberation open to them. In those circumstances,



subtle pressure could bring people to request immediate, rapid, painless death, when what they want is close and powerful support and love.

The assumption that we could maintain the voluntary character of euthanasia is linked to a naive idea that we live in an ideal world of ideal hospitals, doctors, nurses and families, but I have been around too many bedsides and I have seen too many circumstances of intense strife where lucidity is absent and chaos dominates for a period of time.

*Roy 22:8*

There could be a negative impact upon the present regard accorded to the elderly, the physically handicapped, the mentally ill, the infirm, and the seriously impaired newborn.

*Adams 18:45*

However, knowing my own weaknesses and recognizing the weaknesses I have seen around me in the practice of medicine, within hospitals, and within the health care system in Canada, I can simply say to those who would ask so eloquently for these freedoms that, on the ground, in the trenches where it matters, the first to die would be the weak and inarticulate, the defenceless, not the strong-willed, those possessed of unattractive situations or stories of particular hardship. It would be the ordinary people whose continued existence is resented by unsympathetic relatives or an unsympathetic health care system.

*Johnston 14:28*

Witnesses who opposed decriminalization of assisted suicide saw an essential difference between withholding and withdrawing, and assisted suicide. They argued that when life-sustaining treatment is withheld or withdrawn, death results from natural causes. When assistance with suicide is provided, death results from unnatural causes. As Dr. Morissette pointed out:

When you cease treatment or disconnect a person from life-prolonging equipment because the treatment has become disproportionate or because the individual feels he no longer has the desire or the ability to fight, there is a clear difference between allowing death to occur naturally and causing it. I believe that, essentially, the crux of the answer lies in this. It is the whole question of allowing death to occur naturally versus causing it.

*Morissette 32:14*

Many witnesses referred to the difference in intention between the activities discussed earlier in this Report, such as withholding and withdrawal of life-sustaining treatment and treatment aimed at relieving suffering that may hasten death, on the one hand and assisted suicide on the other. Dr. Latimer illustrated this idea:

Some proponents would also say that palliative care is just one step short of euthanasia and that there is really not a great deal of difference between the two. They might also say that some of the drugs we use for effective pain control may result in the end of life of a patient and that, therefore, this is equal to euthanasia. These are also false. Using appropriate therapies for the treatment of severe pain, shortness of breath and other symptoms, has as its goal the relief of suffering, not the death of the patient. The goal of euthanasia and assisted suicide is the death of the patient and any interventions that are taken are designed to achieve that. The field of palliative care and hospice care must not be seconded or distorted by pro-euthanasia groups who may wish to champion their own issues. There is a clear distinction between effective palliative and hospice care and any practice of euthanasia and physician-assisted suicide.

*Latimer 4:7*

A number of witnesses argued that it would be premature to permit assisted suicide until good palliative care is available to all Canadians. Only then will it be possible to accurately assess the potential benefits and potential harms of permitting assisted suicide. Dr. Richard MacLachlan, of the College of Family Physician of Canada, made this point succinctly:

We believe that it is absolutely imperative that only with a comprehensive palliative care and suicide prevention program available throughout the country should there be a consideration of assisted suicide or euthanasia.

*MacLachlan 23:6*

It was also argued that good palliative care would make it possible to alleviate the suffering which leads to requests for assisted suicide, without the harm associated with assisted suicide.

I believe that we have not exploited all possibilities in palliative care. Let's exploit all the possibilities and then perhaps we'll say "Yes" or "No" to euthanasia; we will know.

*Carrier 3:21*

Unfortunately, that form of treatment [palliative care] is not available to all Canadians. One of the serious issues that this raises is: Can we, as a society, condone some form of active euthanasia if we cannot first guarantee that all Canadians have access to quality palliative care to diminish their physical and psychological suffering?

*Mishara 2:36*

Additionally, some witnesses felt that palliative care might result in reducing the requests for assisted suicide to a sufficiently low level that the harms of permitting assisted suicide would clearly outweigh the benefits. Dr. Kinsella, among others, made this point:



There will be cases that we will not be able to handle properly. Those cases will be hard cases, and I do not know what else to say other than the fact that they will be hard cases. I do not mean to be debonair and cavalier and dismiss the horrors and suffering that these people will endure, but it is a reality. We will not be able to help some of them to the extent that we would like to help. That does not mean that the rare cases should drive the social and moral fibre of this country in terms of its attitudes towards dying, and this is a step that I, personally, simply cannot bridge. We cannot say that we have to change the ethics of this country for the occasional dreadful, horrible case that cannot be accommodated by the system.

*Kinsella 16:20-21*

Another argument concerning palliative care was that allowing assisted suicide would reduce the incentive to further develop palliative care in Canada. A number of palliative care specialists appearing before the Committee expressed this view:

[If euthanasia or assisted suicide is legalized] research into pain control and special psychosocial and spiritual care and attention for patients could well decrease and indeed even become no longer a priority. The same would be true of palliative care programs.

*Carrier 3:10*

One of the fears I would have if we were to introduce euthanasia/assisted suicide changes in law is that we would lose the momentum we are achieving for the care of the dying.

*Latimer 4:9*

A major concern of witnesses opposed to changes in the law on assisted suicide was the potential pressure that would be placed on vulnerable and sick people. Patients may see themselves as being a burden on their family or friends or on society in general, or they may be vulnerable to other external pressures, and consequently request assisted suicide even though they do not really wish to die. The Canadian Conference of Catholic Bishops, the Council on Aging (Ottawa-Carleton) and Pauline Lesage-Jarjoura of the University of Sherbrooke Ethics Committee, all commented on this issue:

The frail, poor, elderly and others who are vulnerable will be subject to pressure from third parties or even themselves if an earlier death is an option. This pressure could increase as health care resources decrease. At what point does the possibility of choosing death become an obligation?

*Canadian Conference of Catholic Bishops 22:49*

We are concerned about the pressures, both internal and external, on individuals and on their caregivers to unnaturally lengthen or shorten the process of dying. The evolution of medical technology to maintain life and its availability for use in the care of the individual has created a new context within which the dying process must be assessed. All of these pressures influence our decisions with respect to euthanasia and assisted suicide.

Internal pressures affecting the individual may include the fear of death, however, for many seniors it is not so much the fear of death itself as the fear of a painful death which causes stress. Loss of control, concern over being able

to financially pay for the support required to continue living, and the fear of becoming a burden to family members are further internal pressures that can affect an individual's desire for euthanasia and assisted suicide. In certain situations, individuals may make decisions which are not in their best interests but rather with the intention of protecting and safeguarding their families from the emotional and financial pressures that may ensue. ... A major concern raised by members of the council was the increased vulnerability of seniors. With age, physical abilities and sometimes mental abilities decline, often leaving the individual dependent on others and thus vulnerable to victimization. Financial abuse is quite common, with seniors losing part or all of their savings or being pressured to turn over their monthly income to the management of another person. In some extreme cases, seniors live with the knowledge that there are those who wish them dead so as to profit from their estate.

*Council on Aging 32:54*

In a world that does not try to give a positive meaning to old age and suffering, it will become "normal" to ask to put an end to life and "abnormal" to want to live despite subtle pressure from all sides. We will have to justify our own survival.

*Lesage-Jarjoura Brief, p. 19*

Some witnesses felt that coming to terms with suffering and the suffering associated with dying were an important part of life, and neither could nor should be avoided by such mechanisms as assisted suicide and euthanasia. Suffering can bring the individual and the community together, and unite them both with higher values. Dr. Morissette commented:

It is necessary, and I firmly believe this, to have suffered oneself in order to understand the suffering of others, whether it involves grief, deep or transitory, the loss of a loved one, a wrenching experience, or rejection and heartache in love. Sometimes, when we have learned lessons from our own sufferings, when we have been able to do this, we come to think that those who have not suffered have perhaps not truly lived. The experience of meaningful suffering can have a spiritual dimension. I do not wish to glorify suffering here because it must be relieved, but it is part of the human condition.

*Morissette 32:10-11*

Several witnesses referred to the possibility of personal and family reconciliation and growth in the last few months or days of life, which would be lost had the individual chosen the option of assisted suicide. Both Reverend John Horgan, of the Catholic Health Association of British Columbia, and Iain Benson, of Canadian Physicians for Life, described this process:



During the last six months of life, we find that our patients often reassess and realign hope. Hope is often restructured. It is no longer hope for cure, but there is hope that one might see and enjoy loved ones. There is the possibility of resolution, reconciliation and the experience of forgiveness in the circle of loved acquaintances. There is the opportunity for new manifestations of care, compassion, and affection for the dying. This is what the dying person receives from the caregivers and loved ones. The caregivers — and I speak as a professional — receive immensely from our patients and our families.

*Horgan 14:149*

A month ago I sat at the bedside of a very dear friend of mine who was 39 years old and dying of cancer. Two months before she died, she asked her husband to help her commit suicide. He refused. Three days before she died she had what can only be described as an extraordinary reconciliation with her family. This would not have happened had the suicide request been granted.

*Benson 14:24*

Witnesses suggested that assisted suicide could have a very negative effect on family members, friends or health care professionals involved with the person who dies. It was recommended that the implications for other persons associated with an individual requesting assisted suicide be further researched. As the Canadian Pharmaceutical Association put it:

Pharmacists are divided on the issue of euthanasia and assisted suicide. We cannot make a strong recommendation on the legalization of those procedures. The debate on physician-assisted suicide in Canada and the United States continues to focus almost exclusively on the rights and responsibilities of the two principles, the patient and physician. This raises an important and largely overlooked question. What are the rights and responsibilities of, for example, the health care professionals that might be involved in physician-assisted suicide or euthanasia. Is physician-assisted suicide or euthanasia an appropriate use of prescription drugs? Is it appropriate for a physician to involve a pharmacist in assisted suicide or euthanasia without the knowledge of the pharmacist or their consent? Should and would pharmacists knowingly participate in ending a patient's life? If so, under what conditions? From an ethical perspective, should euthanasia be legalized?

*Hall 23:22*

Mr. Carrier also stated:

Having worked with people, family members who have had to mourn a parent who has committed suicide, it appears that the suicide of a parent is a very difficult moral and spiritual legacy for a son or daughter to accept. What will be the case with euthanasia or assisted suicide? What will be the impact? How will relatives experience mourning?

*Carrier 3:11*

Mr. Mark Pickup testified:

Canada is not made up of 27-million little islands! If I choose to end my life via doctor assisted suicide, it does not just affect me. It will affect my wife, my children, my mother and siblings. It will diminish my doctor's view of her own profession (because she will have traded her role as healer for the role of executioner) and, in a general sense, it will threaten the doctor-patient trust relationship...We are interdependent. Words like "family" "neighbours" "community" and "citizenship" attest to this reality. Individualistic autonomy is a myth.

*Pickup, Brief p. 16*

The concern was expressed that decriminalizing assisted suicide would erode the trust that exists between patients and their physicians, nurses and other health care professionals. This was linked to a concern that assisted suicide would violate a fundamental ethic of medical care, calling into question the motives of caregivers.

An important basis of trust in the doctor-patient relationship is that patients trust their physicians to do no harm. It may be that euthanasia and assisted suicide may well undermine this trust, interfering with the doctor-patient relationship and with open and honest communication with the patient and the physician.

*McGregor 4:55*

Historically, medicine has prohibited euthanasia and physician-assisted suicide as medical acts. This prohibition derives from medicine's Hippocratic imperative to do no harm...Clearly and undeniably, legally tolerated active euthanasia and assisted suicide would render the teaching and learning of medicine an undertaking of incompatible and macabre duties. Medicine as we have known it would die in such an environment. When medicine as we have known it dies, so too will the ethic of Hippocrates which has ensured for centuries that health care should do no harm.

*Kinsella 16:7,11*

Several physicians also warned that economic restraints on the health care structure might lead to assisted suicide occurring more often than anticipated, were it to be legalized. Both Dr. Jim Lane, of Canadian Physicians for Life, and Dr. Roy expressed this concern:

The most expensive time in a patients life is the last months. Many think that the patients would not be killed to save money but the prospect is there.

*Lane 14:26*

In an era where it is difficult to provide adequate care for people due to budgetary constraints, we have some AIDS patients who cannot receive drugs for serious infections. Within these constraints, a law that would permit euthanasia and give it social blessing could end up being something that was altogether too socially convenient.

*Roy 22:11*



Some witnesses were of the view that, if assisted suicide were legalized, it would not be possible to establish adequate guidelines to safeguard against abuses no matter how carefully they are drafted. It would be difficult to ensure that such guidelines were followed in any given circumstance:

As lawyers, we can safely say that our collective experience shows that any system of legal guidelines, no matter how well-intentioned, will inevitably result in errors, given the simple fact that guidelines are administered by human beings and all humans err and fail.

*Thomas More Lawyers' Guild 12:9*

I believe that every safeguard that could be created has weaknesses and is open to failure. We know that what doctors do and say to patients is done behind closed doors and is between the doctor and the patient. In the case of euthanasia, the only witness that could testify that safeguards were or were not followed would be dead. The other witness to the safeguards would be unlikely to testify against him or herself. Legislative safeguards of physician-assisted suicide protect the doctor against prosecution, not the patient or the public. I believe that it is my duty as a physician, and a duty of my profession, to tell the public how difficult it would be to monitor and police any safeguards.

*Lane 14:26*

Another concern raised was the difficulty of preventing some instances of nonvoluntary euthanasia, or even murder, from being disguised as assisted suicide.

Since motives are so important in assisted suicide, as they are in euthanasia, is it possible to be assured that the motive was mercy as opposed to something else?

*Keyserlingk 1:44*

Finally, there was a fear that any move to decriminalize assisted suicide would send the wrong message to those groups most vulnerable to suicide in our society. Mr. Gary McPherson, the Chairman of the Alberta Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities, said:

Canada has identified a suicide problem among its youth, and we have responded "How can we prevent it?". Canada has identified a suicide problem among Aboriginal peoples and we have responded "How can we prevent it?". Canada has identified a suicide problem among people with disabilities and we have responded "How can we assist them to kill themselves?".

*McPherson 18:53*

### Witnesses Arguments In Favour of Decriminalizing Assisted Suicide

Witnesses in favour of decriminalization made the argument of respect for the principle of autonomy or the capacity for self-determination. Dr. Boisvert said:

Is life a transcendental value? Is it a value that literally transcends everything? The simple, clear-cut answer to that is “No”. We do not transfuse Jehovah’s Witnesses; we allow people to refuse treatment that will bring about their death in a short while. In Canada, and in most western countries now, life is not a transcendental value. We recognize that to be alive is just not enough. There has to be more to it. The autonomy of persons, or of patients, can be greater than life.

*Boisvert 6:29*

Dr. Wallace, in referring to the principle of autonomy, cited the 1983 report of the Law Reform Commission of Canada which provides:

Law must also recognize, as it now does implicitly, the principle of personal autonomy and self-determination, the right of every human being to have his wishes respected in decisions involving his own body. It is essential to recognize that every human being is, in principle, master of his own destiny. He may, of course, for moral or religious reasons, impose restrictions or limits on his own right of self-determination. However, these limits must not be imposed on him by the law except in cases where the exercise of this right is likely to affect public order or the rights of others.<sup>17</sup>

Dr. Wallace went on to say:

Unfortunately, the Law Reform Commission chickened out when it came to make recommendations, because, on this particular issue, they decided that since prosecutions are rarely laid, and since the person usually gets a suspended sentence, they see no reason to change the law. If that is not putting the cart before the horse, I do not know what it is. I would suggest rather that if we have a law which is rarely used, and when it is used it is a tap-on-the-wrist penalty, then we do not need that law.

*Wallace 15:84*

Some witnesses felt that the pain and suffering of dying patients that cannot be alleviated justifies permitting assisted suicide. Mr. Tom Sigurdson from Alberta testified in this regard based on his own experience:

---

17 Law Reform Commission of Canada, *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*, Working Paper 28, p.37



There was physical pain every morning with the routine morning wash, and the same in the evening. There was incredible physical pain and horrible indignity every time her bowel had to be cleared manually...No one should have to suffer the pain and indignity which my wife suffered. Her body betrayed her, and she should have been allowed to die at a time of her choosing. ... I appear before this committee to ask, indeed to beg, that your final recommendation to Parliament be one that allows the terminally ill a choice — a choice to leave this world when they are satisfied that there is no quality of life left for them, or when their pain and suffering is too great. Had Cynthia been given that choice, there could have been a time when I would have kissed her goodbye and held her until she exhausted her last breath. Instead, I am left with a memory of horrible pain and a hollow haunting stare. I pray that soon no Canadian will have to suffer such pain and indignity against their will.

*Sigurdson 15:122-123*

Some witnesses told the Committee that a prolonged dying process can cause a loss of dignity. Furthermore, it can lead to a loss of independence and control over their lives which for them, is paramount. Professor Kluge and Ms. Marilynne Seguin, of Dying With Dignity, both made this point:

Ms Rodriguez had made it very clear, both publicly and privately, that the manner of dying that faced her, its quality and nature, and the state of utter dependence that it involved, were unacceptable to her. They violated her fundamental values and her sense of dignity as a person.

*Kluge 2:13*

That is the whole issue — the freedom for that person to choose and to define what is tolerable and not tolerable for them...We have to expand our minds to allow ourselves to see what suffering is to somebody else and acknowledge that suffering.

*Seguin 7:44-45*

The Unitarian Council explained that when disease has resulted in a loss of dignity for individuals, it is merciful to allow them to die if they so wish it:

It is our Unitarian view that the current law, which does not permit assisted suicide, is both inequitable and lacks compassion. It is unfair to force someone to live when they no longer wish to continue living. A law which does not allow for each individual's request for assistance lacks compassion. Under this principle, Unitarians assert that the law must be changed to treat with compassion the clearly stated desires of those individuals who feel that their irreversible illness has eroded the dignity and the value of their lives.

*Kiely 14:62*

Some witnesses emphasized that Canadian society deeply values freedom of conscience and religion, as well as diverse cultures, to the extent that they have been enshrined in the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*:

We affirm the right of conscience and the use of the democratic process within our congregations and in society at large. This principle also reflects a dynamic tension between the rights of the individual and the rights of the community. We have already stated that... no one has the right to dictate another's beliefs or values. We uphold the right of each member and friend of our societies to speak her or his mind on any matter of conscience, for we believe the open sharing of values and ideas can only further our debate.

*Kiely 14:62-63*

Some witnesses raised the issue of equality: because it is not illegal to commit suicide they argued, the only people who cannot commit suicide as a result of the law are those not physically able to do so. As Martin Campbell of Dying with Dignity expressed:

The [situation] of Sue Rodriguez shows how the present law discriminates against the disabled. I can commit suicide because I am physically able to do so, but someone who cannot, because of medical conditions or otherwise, is prohibited from making that choice.

*Campbell 7:21*

This concern for equality was related to the argument that to maintain the criminalization of assisted suicide might induce individuals with a debilitating illness to commit suicide earlier than they might want. As Professor Kluge remarked:

The *Criminal Code* sometimes forces the individual to buy the retention of her or his dignity, but only at the price of a hurried and premature taking of life, a barrier that sometimes forces an undignified, horrifying and appalling dying on the individual person in the name of protecting the personhood of that very individual.

*Kluge 2:9*

Some witnesses argued that decriminalizing assisted suicide would actually reduce the number of requests for assisted suicide. They said it would provide people with a form of psychological insurance, reducing concern about the possibility of a painful and undignified death. Professor Schafer, Sheila Noyes and Dr. Buckman all addressed this point:

It may be that only a small number of Canadians would ever, when it came to the point, require the assistance of a physician to end their lives. But a very large number of Canadians, Madam Chair, would take great comfort, and have confidence and security in the knowledge that, if they were in a position to need it, they could receive assistance from a sympathetic physician to die in a way that seems dignified to them.

*Schafer 18:29*



Those who are terminally ill with a debilitating illness which renders them totally helpless must have a choice. They need to know that before they reach the point of unendurable suffering, they can choose to have a swift, peaceful and certain death. I believe that the knowledge that this is available to the terminally ill would immeasurably enrich their final months by removing the terror. It would allow them to fight their illness for as long as possible, and to enjoy the days they have left with their families.

*Noyes 18:7*

Assisted suicide is like the emergency exits or life jackets on airplanes. The number of times they will be used is very very few indeed; however, absolutely everybody who flies on an airplane is glad to see them there. If someone said that you could get on their airplane but that there were no life jackets or emergency exits, most people would feel very nervous.

*Buckman 26:4*

The Committee heard testimony about the consequence of failed suicide attempts. Mr. Ogden and others illustrated this occurrence:

A dominant feature of many of these deaths was the abysmal, horrific circumstances in which they took place. ... The intent is a quick and easy death but it does not always work that way. Psychic scars that are left on the survivors are immeasurable.

*Ogden 14:76*

This practice [suicide] is going on today and it is going on largely covertly, sometimes with the assistance of physicians, sometimes not. I fully agree with Russell Ogden's finding that many of the individuals who attempted to end their lives without physician assistance did so badly, further exacerbating pain and suffering.

*Rowand 9:37*

Some witnesses said that the slippery slope could best be avoided and the vulnerable best protected by the strict regulation of assisted suicide, since they say it is already taking place despite its illegality. Mr. Bureau, for example, stated:

As a result of a strict framework for practice and guidelines for the protection of the dying person, there will be far fewer abuses of euthanasia and assistance in self-euthanasia [assisted suicide]. In my view, it is far preferable to have a certain tolerance of this practice under exceptional circumstances in an open system than to prohibit it officially while allowing it to be carried out in a secret, clandestine system often beyond any form of solidarity or control. There are often fewer abuses in an open, unambiguous, supportive, sympathetic system that respects the person involved.

*Bureau 4:36*

Dr. Boadway made the point that it is better to discuss openly and regulate such incidents, rather than allow assisted suicide to occur clandestinely:

I believe the people of Canada would best be served by a recommendation that decriminalized the process that is occurring daily across this country, following the full and proper consultation between physicians and patients. It is possible to develop a process to ensure that free and open decisions are made, and to define when either euthanasia or assisted suicide could take place without the fear of abuse. The law as it stands is not enforced or enforceable. It is therefore incumbent on you to change the law to something that will both reflect the values of Canadians and be meaningful to society and the courts.

*Boadway, 20:77-78*

Ms. Mullens described the consequences of failing to change the existing law:

What will happen if governments do nothing? I think there will be increasing challenges to the legislation, but juries and judges will become increasingly reluctant to commit. The law will become unenforceable or meaningless. ...The situation will be wide open, with no scrutiny, no record keeping or formal system of compliance...That, I think, is the real slippery slope.

*Mullens, 30:6*

Some witnesses argued that assisted suicide should be decriminalized because public opinion polls have repeatedly shown that most Canadians favour permitting assisted suicide:

If national polls are accurate, an increasingly strong majority of Canadians are demanding such legalization.

*Kiely 14:63*

Legalization of physician-assisted death, as sketched before in terms of using palliative care consultants and palliative care committees, recognizes patients' rights of autonomy, respect for persons, protection and support for physicians, and appears to be in congruence with the opinions and beliefs of the general public.

*Verhoef 18:85*

A few witnesses made the argument that if treatment provided to alleviate suffering that hastens death and withholding and withdrawal of life-sustaining treatment are accepted, then assisted suicide should also be accepted. Mr. Considine, counsel for Sue Rodriguez, made the following comment:



We already recognize patient choice with respect to the cessation of life when a patient states that he wishes to be disconnected from life support systems or that he does not wish to have life support systems applied. Those are conscious decisions made by the patient when the patient is competent and after the options have been explained by physicians. We already do it.

We also do it to some extent with palliative care. We recognize that the principle of palliative care is to relieve the mental and physical suffering. We also recognize that a secondary effect may be the hastening of death.

If we recognize that the patient may have the choice with respect to those particular options, then, considering a patient who is in very similar circumstances in the sense of being terminally ill, who is competent, who has had all the options explained to him and the physician is satisfied he understands those options, surely that patient also ought to be able to have physician-assisted suicide as another option for dealing with the final stages of disease.

*Considine 14:20*

Professor Schafer also maintained this position:

None of the arguments - not this argument [re: the difficulty of ascertaining competence] and none of the other arguments you have heard - is more decisive or stronger against euthanasia or physician-assisted suicide than it is against what, at the beginning of my presentation, I called "indirect euthanasia" or "palliative care" or "passive euthanasia" or "appropriate care".

*Schafer 18:130*

## Committee Deliberations

In its submission, the *Canadian Bar Association* summarized the dilemma facing the Committee:

The questions of euthanasia and assisted suicide raise fundamental issues of public order or policy with which each court presented with such a case has had to grapple. Much of Canadian law, like the society it reflects and upholds, is devoted to protecting the vulnerable, and protecting human life generally; the sanctity of human life is a fundamental principle on which much of our legal tradition is based. There are other public interests at stake, as well, such as protecting the medical profession from loss of trust or integrity. At the same time, our legal system is devoted to protecting and defending rights of individuals to make their own decisions, and hold their own opinions, however radically they may differ from those of society around them.<sup>18</sup>

The members were asked to ponder many aspects of life and death, including life as a fundamental value in any society, autonomy as an individual value, and suffering as a reality generally associated with the end of life.

---

18 Submission of the Canadian Bar Association, pp. 4-5.

In a number of areas, the same values were embraced by witnesses on both sides of the debate, but there was disagreement on how best to achieve them. The Committee considered Dr. Mount's comments:

I do not think that this is a national debate about death with dignity because I would suggest that people who would come down on both sides of the question would favour death with dignity. Second, I do not feel this debate is helpfully characterized by either pro-life or pro-choice alternatives. Again, I feel that people on both sides of the question would see themselves as holding both views. Third, I think this debate is not about discontinuing or withholding inappropriate life-prolonging treatment, an issue that has been under debate in our country and others for some three decades and on which consensus has largely been reached...Fourth, this debate is not about double effect. That is the risk of shortening life as a consequence of treatment given for the purpose of alleviating suffering. That may happen as a consequence of good palliative care and it is unrelated to euthanasia or assisted suicide. Fifth, I think this debate is about the best response and the best way for Canada as a nation to respond to the sort of suffering we have heard about.

*Mount 5:26-27*

Throughout the course of its hearings, the Committee heard a wide range of viewpoints from the more than one hundred and fifty witnesses who appeared before it. Although the Committee had no difficulty on reaching a consensus on matters discussed in earlier chapters, there was a considerable difference of opinion on the issue of assisted suicide. The Committee considered a complex set of interrelated factors: the dying person, the family, the social environment, the present medical practice and the provision of various health care services. It had heard that a small percentage of Canadians in the final stages of dying do not wish to prolong their illness, either because they fear or are undergoing unrelievable suffering or because of the loss of dignity and the loss of control over the process of dying.

The Committee members hold differing views as to how society can best deal with the suffering of these individuals. While they recognize the different ethical arguments and points of view, all of them have deep concerns about the implications of permitting assisted suicide.

They also recognize that the values of individual autonomy and the interests of society can at times be in conflict and that, in some circumstances, individual autonomy must be restricted in the interests of society. Some members feel that aid should be provided to the dying in ways other than assisted suicide because they believe that the societal interest in upholding the respect for life must prevail. Other members think that intolerable suffering justifies providing assistance in committing suicide. The Committee agreed, however, about the need for tolerance and respect for opposing points of view.



## Committee Members' Views Opposed to Changes to the Existing Legislation

The members opposed to changing the existing legislation with respect to assisted suicide are primarily concerned with maintaining the fundamental social value of respect for life. They feel that legalizing assisted suicide could undermine respect for life which they believe is the most universally accepted value in society. Few democratic societies permit assisted suicide. In a pluralistic society, respect for life is a societal value that transcends individual, religious or diverse cultural values.

These members are also concerned about the risks associated with changes to the present law. In their view, legalization could result in abuses, especially with respect to the most vulnerable members of society. The ill and the frail are particularly dependent on those around them and on the health care system. Inevitably, and often without realizing it, these individuals cede control over their lives to the system and to those on whom they are dependent. For this reason, it would be difficult for others to assess whether an informed choice was made without coercion. If assisted suicide were legalized and accepted by the community, how could the expectations of the people surrounding the patient not influence his or her decision, particularly if the patient feels she or he is a burden on the family.

They think that some would feel pressured to resort to assisted suicide where financial and institutional resources are scarce. Financial restraints that affect the health care infrastructure could also result in attempts, perhaps unconsciously, to influence patients to die more quickly and conveniently. All of the above factors could make it difficult to establish whether a request for assisted suicide is voluntary.

There was also some concern over the issue of the "slippery slope". Changes in the law with respect to competent persons could lead the way to possible changes in the law for incompetent persons.

Some of these members think that if assisted suicide were to be decriminalized but voluntary euthanasia remain a criminal offence, the effect would be a law that might create an inequality contrary to section 15 of the *Charter*. Those who are physically incapable of committing assisted suicide would be prevented from ending their lives when that option is, in principle, available to others. These members would prefer upholding the prohibition on assisted suicide rather than risk opening the door to euthanasia.

The ability to adequately control, monitor and enforce the most stringent safeguards on assisted suicide was a further consideration for these members. The Netherlands experience illustrates that guidelines are not always followed. They believe a society cannot adopt a policy permitting assisted suicide without initiating a process that may be difficult to control.

Some of these members note that individual autonomy cannot be absolute because individuals need each other in order to realize their goals, and likewise the actions of individuals have an impact on other people close to them and on society as a whole. Individual rights must be limited to the extent that they cause harm to other persons.

While disallowing assisted suicide may seem unfair or harsh in an individual circumstance, this is outweighed by the negative impact that decriminalization would have on the popular conscience. How can society say that assisted suicide is a valid course of action without sending the message that suicide is appropriate? Since we are aware of an unacceptably high rate of suicide among young people, especially in the aboriginal community, how can we justify any action that suggests assisted suicide is a legitimate response to suffering? Accepting decriminalization would trivialize death and lead to a view of death as a solution to problems.

In addition, these members are of the opinion that dying with dignity is not simply a matter of controlling the time or means of death but involves the right to receive, up to the end, the care needed to relieve one's suffering and to be surrounded by human attention and compassion. It is the right to feel one still has value as a person. Dignity exists when one faces the final stages of life with a feeling of self-worth and with the care, solicitude and compassion to which all human beings are entitled.

Among these members, some feel more research in the area of assisted suicide is required. They are of the view that the lack of available information would make it difficult for them to support a change in the law with respect to assisted suicide at this time but would not preclude a consideration of it at a later date.

### **Committee Members' Views in Favour of Changes to the Existing Legislation**

The members in favour of changes to the law were influenced by the testimony, and the many letters the Committee received, describing the pain and suffering of persons with debilitating and irreversible illnesses. They are concerned with the loss of autonomy experienced by many individuals because of their condition. This loss can be aggravated by a paternalistic attitude of some health care professionals and institutions exerted over individuals in their care. While these members recognize the value and potential of better palliative care and optimum pain control, there is still a small percentage of ill and suffering patients for whom these measures would not alleviate their pain and suffering. The figure most often cited by the witnesses in this regard was five per cent.

Nevertheless, these members believe that relatively few within this most difficult category would choose the option of assisted suicide if it were available. Many would simply be comforted by the knowledge that assistance in their suicide would be permitted, if they should feel the need for it. This would give them control over their lives and so protect their right to autonomy and alleviate their fears of suffering.

These members are of the opinion that the Hippocratic Oath should not limit physicians in terms of their role in society. The practice of medicine, our laws and our cultural norms have evolved tremendously over the centuries. Although many doctors characterize themselves as "healers", their function should encompass much more. Their role is, or should be, to care and comfort the ill and also to alleviate their suffering. Where the pain and suffering of the irreversibly ill cannot be alleviated by any means, they should have the option of requesting assistance in committing suicide.



Notwithstanding the decision in the *Rodriguez* case, some of these members believe that the existing criminal law provisions create an inequality under section 15 of the *Charter*. They said that while section 241 (b) of the *Code* appears to be neutral in its application, its effect is not. It prevents persons who are physically unable to end their lives without assistance from choosing suicide when that option is available to others who do not require assistance, without contravention of the law.

They feel that we are already on a type of “slippery slope”. They believe that, at present, assisted suicide is taking place despite its illegality and it is occurring without adequate controls. Thus there is more potential for abuse because there is a greater risk to the vulnerable from unregulated medical assistance at the end of life, than from legislative changes accompanied by appropriate safeguards. To insist upon maintaining the status quo for fear of the effect of change could very likely result in greater harm than thoughtful and carefully drafted exemptions from our current criminal law provision.

Therefore, these members would favour an exemption to the *Criminal Code* that would permit persons to assist in a suicide under clearly defined safeguards. The Minister of Justice, in cooperation with his provincial and territorial counterparts, should engage in discussions with the Canadian Medical Association and the other national bodies that regulate the health care professions in order to develop such safeguards. They should, at a minimum, include the following elements:

- The individual must be competent and must be suffering from an irreversible illness that has reached an intolerable stage, as certified by a medical practitioner.
- The individual must make a free and informed request for assistance, without coercive pressures.
- The individual must have been informed of and fully understand his or her condition, prognosis and the alternative comfort care arrangements, such as palliative care, which are available.
- The individual must have been informed of and must fully understand that he or she has a continuing right to change his or her mind about committing assisted suicide.
- A health care professional must assess and certify that all of the above conditions have been met.
- No person should be obligated to provide assistance with suicide.

These members believe that regulations must be established in order to deal with the monitoring and enforcement of the safeguards by the appropriate level of government and that records must be maintained of all applications for and instances of assisted

suicide. In order to avoid abuse, the safeguards must provide for review both prior to and after the act of assisted suicide.

In the event that the government decides to consider the recommendations of these members, they urge that the necessary safeguards accompanying the legislation be made available, at least in draft form, to all members of Parliament before the proposed legislation is debated.

### **Recommendations**

**The Committee recommends no amendments be made to the offence of counselling suicide under subsection 241 (a) of the *Criminal Code*.**

**A majority of members recommend subsection 241(b) of the *Code* also remain intact.**

**A majority recommends research be undertaken into how many are requesting assisted suicide, why it is being requested, and whether there are any alternatives that might be acceptable to those who are making the requests.**

**A minority recommends an exemption to subsection 241 (b) of the *Criminal Code* be added, under clearly defined safeguards, to protect individuals who assist in another person's suicide. These safeguards should include, at a minimum, the elements listed in this chapter under "Committee Deliberations". They further recommend, that in order to avoid abuse, procedural safeguards must provide for review both prior to and after the act of assisted suicide.**



## Chapter VIII

### Euthanasia

---

**T**he Committee has defined euthanasia as *the deliberate act undertaken by one person with the intention of ending the life of another person in order to relieve that person's suffering where that act is the cause of death*. It is euthanasia, for example, if someone administers an individual suffering from amyotrophic lateral sclerosis (ALS) a lethal substance.

Euthanasia is *voluntary* when it takes place in accordance with the wishes of a competent individual, whether these are made known personally or by a valid advance directive. An example would be when a health care professional gives a lethal substance to a patient who is both competent and suffering, at that patient's request.

Euthanasia is *nonvoluntary* when it is done without the knowledge of the wishes of a patient either because he or she has always been incompetent, or is now incompetent and has left no advance directive. An example would be when a daughter smothers her incompetent father who is suffering from advanced ALS, but who did not make his wishes known while he was competent.

Euthanasia is *involuntary* when it is done against the wishes of a competent individual, or against the wishes expressed in a valid advance directive. An example would be when a nephew gives a lethal injection to his competent uncle who is suffering from cancer but does not want the injection.

#### Legal Status

Under the *Criminal Code* all forms of euthanasia are illegal in Canada, as well as in all other jurisdictions, except in the Northern Territory of Australia.<sup>19</sup> Acts of euthanasia are either first or second degree murder in Canada, although they may be and have been prosecuted as offenses other than murder.<sup>20</sup>

---

19 For a more detailed discussion of the current legal situation regarding euthanasia in selected countries, see the Appendix P to this Report.

20 The full text of the provisions of the *Criminal Code* that may be applicable in cases of euthanasia have been reproduced in Appendix F to this Report.

Our criminal laws are based upon intention, not motive. Motive only becomes relevant at the sentencing stage where no mandatory sentence is provided. The fact that the motive in acts of euthanasia is to alleviate suffering is immaterial in terms of the imposition of a charge. The written submission of the Canadian Bar Association provides:

In the Canadian system, motive (as distinct from the intent to do the acts in question) has never been relevant to the elements of an offence; that is, it has never been a factor in finding criminal liability...Traditionally, motive has gone to issues of sentencing, not to the elements of an offence.<sup>21</sup>

Although under our present criminal law cases of euthanasia should be charged and prosecuted under first or second degree murder, in practice this is seldom the case. Often they are not prosecuted in a consistent manner because of the potential difficulties in securing a conviction. This may result, with respect to the same factual situation, in no charges being laid or in charges ranging from administering a noxious substance to first degree murder.

Due to the inconsistencies in the charging of such cases, the sentences for the same conduct can range from probation and community service to life imprisonment with no possibility of parole for twenty-five years.<sup>22</sup> Since the charges are usually for lesser offenses, the sentences have in most cases been relatively light. Furthermore, the courts in sentencing have tended to consider, not only the motive for the commission of the offence, but also such factors as a request to die made on the part of the deceased.

The Deputy Chief Coroner of Ontario, Mr. Jim Cairns, informed the Committee about the inconsistent manner in which euthanasia cases are being prosecuted and sentenced. He described three recent Ontario cases in order to illustrate this:

The first case involved a son who increased a morphine infusion on his father in a hospital. His father was dying of cancer, and the son had made a pact with his father that he would not let him rot away for three or four days, but would increase the morphine... When it was reported to our office, it was clear...that the son had had the deliberate intention of increasing the morphine, with the deliberate intention of killing his father... He pleaded guilty to mischief likely to endanger life and was given probation.

The second case...[involved] a nurse injecting potassium into a patient. In that case, initially the nurse was charged with first degree murder... That nurse eventually pleaded guilty to the administration of a noxious substance, was

---

21 Submission of the Canadian Bar Association, March 1995 p.12.

22 For examples of inconsistencies in the charging and sentencing in euthanasia cases, see the summaries of relevant Canadian court decisions found in Appendix L to this Report.



given a three-year suspended sentence, and voluntarily agreed not to be involved with nursing or health care ever again.

The final case involves a doctor who injected potassium into a patient. At a preliminary hearing, the doctor was charged with second degree murder... This involved a prominent surgeon in a community where the doctor had done a lot of good work. The concern was: Would a jury convict someone of second degree murder — that is what the present law states — or would they find him not guilty and would we, by default have a situation where the present law was not being upheld? Due to a number of situations that arose, the doctor agreed to plead guilty to the administration of a noxious substance and received a suspended sentence.

*Cairns 20:7*

In referring to the legal status with respect to euthanasia, Professor Bernard Dickens, of the Faculty of Law at the University of Toronto, explained:

The limitation of the existing murder provision is that by the *Criminal Code* the minimum punishment for murder is life imprisonment. We distinguish first degree murder from second degree murder not by reference to the sentence but by reference to eligibility for parole; that is, those convicted of first degree murder cannot, with exceptions, be eligible for parole in less than 25 years. Those convicted of the only alternative, second degree murder, are not eligible for release in less than 10 years. Prosecutors at times seem to find this too harsh, and juries again seem to have reservations about imposing sentences they consider excessive.

*Dickens 10:31-32*

### **British Columbia Crown Counsel Policy Guidelines**

As was stated in the previous chapter, the British Columbia Ministry of the Attorney General is the only province at present that has issued guidelines for the exercise of prosecutorial discretion in cases where “a police report reveals a person, motivated by compassion for the deceased, participated in causing a death”. These guidelines provide that a medical practitioner will not be subject to criminal prosecution for active euthanasia unless there is a substantial likelihood of conviction and the public interest requires a conviction.

### **Points of View of Witnesses**

Many of the witnesses had reflected on the difficult questions surrounding euthanasia in light of their own personal experiences. The impact that this had on their lives affected their views on the subject to a great extent. Ms. Noyes related her thoughts to the Committee:

I learned much through watching the suffering of my mother. I learned that only one person feels the physical pain and that is the dying person...Surely it follows that only that person can determine whether or not life under such circumstances is worth living...It is as morally unjustifiable to deny people the right to assist someone to die as it would be to compel people to take this course against their wishes.

*Noyes 18:6*

Mr. Walter Lawrence, who appeared with the Evangelical Fellowship of Canada, told the Committee how his experiences after a diving accident that had left him quadriplegic influenced his opinion on the issue:

I think it is inherent in all of us to be able to contribute, to give to one another. What we so often do is frame the way we can contribute in a small way...Once it is gone we feel that there is no contribution to be given. It was at that time — and, believe me, I talked about it [suicide] a lot to a lot of people — these people could have said, “Well, yeah, Walt, your life is really of no value, so why don’t we help you and assist you toward your desire to end your life?” They did not do that. Thank God, they did not.

*Lawrence 15:63*

Some witnesses testified as to the incidence of euthanasia in Canada, although there was some disagreement among them on this point. For example, Dr. Wyman, President of the Ontario Medical Association, speaking for himself and not for the Association, stated:

I have spoken with physicians who have been involved directly in the process. I know for a fact that it does occur on a regular basis. Those who say that it does not are either not talking with many physicians or deliberately turning a blind eye to the numbers.

*Wyman 20:81*

Mr. David Thomas, a crown attorney from Timmins, Ontario, told the Committee:

In the course of my case, it became apparent that euthanasia goes on routinely across Canada, both passive and active, under the guise of aggressive palliative care. Even as we are speaking someone is probably being euthanized, and most often it goes unreported and undetected. Even in the case that I handled, the chances of it being detected were extremely remote.

*Thomas 29:41*

Dr. Gordon Crelinsten, of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, informed the Committee that:

Voluntary, intentional acts to cause death within the hospitals at which I have practised in the province of Quebec, are extremely rare if not non-existent.

*Crelinsten 20:40*



Similarly, Dr. Kinsella testified:

I graduated from medicine in 1957, and I practised in Quebec, in Ontario, in Dallas, Texas, and I practised in Alberta. Quite honestly, I have never personally encountered a physician, either formally or informally, who was engaged in what I would consider to be, according to the definition I have given you, active euthanasia or assisted suicide. I know there are physicians around who say it is more common than we all think, but if it is, I do not know where it is taking place.

*Kinsella 16:14-15*

The Committee found various legal, ethical and social arguments were addressed by the witnesses both against and in favour of euthanasia. They often mirrored those that had been expressed on the issue of assisted suicide, although there were a few that applied more specifically to euthanasia.

### **Witnesses Arguments Against Decriminalizing Euthanasia**

The fundamental value of life was raised by certain witnesses as the primary reason for not allowing euthanasia. Archbishop Bertrand Blanchet, of the Canadian Conference of Catholic Bishops, explained:

The justice of a society finds its measure in the ability to further and protect the lives of its members, given that life provides the basis for all other good in society...The legal, philosophical and religious traditions of the West have stressed defending life against any and all assaults.

*Blanchet 22:45-46*

Dr. McGregor stated:

We have an edict that our society is based on which says you do not kill. Can you take that and make special exception to a basic principle of society and say, "Do not kill, yes, but in this situation you can." I am not sure that if you do that, you do not start a whole cascade of things that may complicate life far more than it is already.

*McGregor 4:59.*

Some witnesses were of the opinion that legalizing euthanasia might pressure certain vulnerable groups who feel they are a burden on others. Dr. McGregor and Dr. Latimer supported this view:

Frail, dependent and vulnerable people often feel valueless and that they are an undue burden on those who love and care for them, perhaps even on society, as some patients have said to me. Such persons may feel compelled to request euthanasia should it be legalized.

*McGregor 4:53*

It is not unusual for people who are seriously ill to feel they are a burden on others, particularly those who care for them, and we have grave concerns that people would begin to feel that the most valiant way would be to ask to have their lives ended. Subtle pressures may ensue in that way.

*Latimer 4:7*

Others believed that permitting voluntary euthanasia would place society on a slippery slope, as did Dr. Roy:

People in favour of euthanasia tend to argue that it would only be given to those who ask for it with clear, lucid, free, uncoerced consent. It would be difficult for a society to withstand for long the pressures — once voluntary euthanasia is acceptable — to move on and to give euthanasia to those whose lives seem to have no sense, no purpose, no worth in the eyes of the others.

*Roy 22:9*

A number of witnesses expressed concern that economic considerations with respect to the provision of health care might influence decisions about euthanasia if it were decriminalized:

Since the health care system is costly in the various Canadian provinces it could be tempting to solve this economic problem by killing our elderly, the bedridden and the confused who occupy beds in our hospitals. And we should not deny it: although things have changed in recent years, the elderly are not that welcome in the world of caregivers in our hospitals. It is often said that they take up space, that they take up too much space and that they take up beds.

*Carrier 3:9*

Respect and support for the chronically ill and disabled also raise the worrying possibility that euthanasia could be covertly linked to limited health care resources. No public policy on euthanasia would ever be proposed on the basis of saving money, but, once such a policy were in place, who can say that financial concerns would not become a consideration within facilities and agencies or even within families?

*Brief, Canadian Nurses Association, p.8*

An important point...is the economic conflict of interest that the medical profession is involved in when it comes to euthanasia. The BCMA [British Columbia Medical Association] is involved in negotiating for funds, and we are living under a capped budget. If we overrun this budget, the excess dollars come out of the pockets of the physicians of British Columbia. This pro-ration model is the same model used in most provinces in our country. If euthanasia were legalized and it could be demonstrated that euthanizing patients would save money for the system, then the medical profession would find itself in a conflict of interest between patient care and pro-rationing.

*Lane 14:26*

There was a concern that vulnerable groups would be most susceptible to these economic pressures. The availability of euthanasia may exert subtle pressures on such groups to request it, feeling themselves a burden to society:



We fear that, by legalizing euthanasia, society's social and economic pressures could force the aged, the infirm and the incompetent to have to give daily justification of their right to live. It would be a tragedy if, in changing the legislation to legalize euthanasia as an act of mercy, we condemned a segment of our community to excusing their decision to live and to occupy a place within the health care system.

*Thompson 14:52*

Some witnesses said that suffering can be meaningful and can provide an opportunity for personal growth if the individual is surrounded by family and friends.

It is possible to give support and comfort during suffering that makes it bearable and gives it meaning. The dying process can be transformed into a meaningful event, livable and bountiful. It is possible to create an environment to which someone who is both ill and in pain, and has reached the terminal phase of his illness, can go to live rather than go to die, where he will meet a team that will support him, including his family...It is also possible to transform the dying process into a natural event in personal growth. During the dying process the individual can live and grow as a human being instead of just declining physically, as often happens. We counterbalance physical decline with comfort, serenity and love - since the team works within the family, in a context where friendship, love and respect flourish.

*Dionne 13:6*

Others said that the final stages of life of a patient can sometimes bring the patient, the family and friends closer together:

Nurses who work with the chronically and terminally ill often believe that there is value in living life to its natural end. Nurses have told us that the knowledge of approaching death brings people together as human beings and allows the patient to learn and feel a sense of resolution. Family members sometimes experience the final days, weeks or months as a precious time in which they have the chance to express their love and deepen their appreciation of their loved ones.

*Canadian Nurses Association 19:5*

Many health care professionals were concerned about the possibility that their participation in voluntary euthanasia would undermine the relationship of trust between the patient and the physician. Mr. Carrier held this view:

There would also be a risk that the general public would lose trust in health professionals and in our institutions. Who will guarantee patients that their doctors will never practise euthanasia when they are terminal?

*Carrier 3:10*

Similarly, Dr. Lane testified:

We, as doctors, are very privileged to have entrusted to us the concerns, the care and the words of our patients. We realize how fragile this trust is, and how easily it can be undermined when we are not doing what is in the best interests of our patients. Euthanasia jeopardizes the doctor-patient relationship.

*Lane 14:25*

### Witnesses Arguments for Decriminalizing Euthanasia

Some witnesses stressed the rights of individuals to choose the timing and manner of their death:

My basic view of this is fairly clear-cut, that is, each of us is master of our own fate and we have the right to choose our own demise.

*Wallace 15:89*

Others felt that euthanasia is a merciful and appropriate response to suffering:

When requested, I see euthanasia as a positive Christian act; a moral act, not something that must be apologized for. "Blessed are the merciful for they shall obtain mercy" weighs far more with me than the intense effort of saying that life and suffering teaches us something. Suffering does teach us something, but there comes a time when there is no more to be learned by the patient or by the people who love the patient.

*Dickey 8:58*

Others went further and stated that the unrelievable pain and suffering of individuals is the justification for the decriminalization of voluntary euthanasia. Mr. Alister Browne, on behalf of the British Columbia Civil Liberties Association, stated:

There are many arguments for legalization, but the one which strikes us as being the most powerful, clear and direct goes as follows: We have a right to minimize our suffering; we have a right to preserve our dignity. Sometimes we can only do those things by dying, and sometimes we need help to die.

*Browne 14:126*

Witnesses told the Committee that the availability of voluntary euthanasia would provide a sense of security and reassurance to people facing death, even if it were never used. Reverend Kiely shared his personal experiences with the Committee:

What my mother does fear is pain...she does not trust doctors too much. Her doctors have promised her the best of pain management and expressed confidence that she will not suffer unduly, but she does not believe it. She is still worried. What does seem to have calmed her is a promise that I made to her that, should it all become unbearable, I will end her life...In truth, because of my mother's character, her courage, and her own religious beliefs, I doubt that I will ever be called upon to do this. I can say with confidence, because she just told me, that simply knowing that there is an out if it gets too bad has given her peace of mind and has eased her suffering.

*Kiely 14:65*



Some witnesses felt that in a pluralistic society, a person's views should not be imposed on others. Dr. Donald Bailey, President of the Manitoba Association for Rights and Liberties, testified as follows:

The state has no business imposing someone's religious position. But you can respect it. If you are opposed to certain kinds of moral behaviour, that is fine. You do not have to condone it, but you should not deny another person the right to that choice if that other person wants to do that.

*Bailey 17:33*

There were some witnesses who stressed that since they believed euthanasia is occurring at present, it is better to regulate it in order to minimize abuses:

I do not think continuation of a practice that ignores the reality that this exists is in the interest of patients or the public. Some regulation is better than an ostrich approach where we continue to deny that this exists.

*Rowand 9:38*

A number of witnesses referred to the public opinion polls taken over the last few years in order to make the point that Canadians seem to consistently favour some form of aid in dying:

More than 70 per cent of respondents in surveys in Canada said they were in favour of assistance in voluntary dying for dying patients; more than 80 per cent were of the same view in Quebec.

*Bureau 4:36*

It will be very difficult for the Government of Canada to make legislative change in this area. Yet, if you are talking about society, and if you believe the polls, then 78 per cent of Canadians feel that they should have it.

*Mullens 30:15*

Some witnesses stated that there is no significant difference between euthanasia, on the one hand, and other end of life decisions, such as withholding and withdrawing of treatment and providing treatment to alleviate suffering that hastens death, on the other:

On the whole, we seem to manage pretty well in determining patient competence in order to make palliative care decisions and to make end-of-life decisions about withdrawing and withholding medical treatment. I cannot see why it would be more difficult, more problematic, more dangerous or more abusive to allow patients to make similar decisions on whether they, as in the case of Sue Rodriguez, require the assistance of a physician to end their lives.

*Schafer 18:130*

Ms. Monique Coupal, of the Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée, in response to the question of why some favour a change in the law on assisted suicide and euthanasia, informed the Committee:

The directors of nursing care and the caregivers who have told us that they are uncomfortable with the situation and would like to see the law amended, feel compelled to consider these issues in the face of suffering that can no longer be adequately alleviated or wonder about the distinction between euthanasia and respecting a patient's right to refuse treatment, which can go so far as halting all food and fluids, which will lead to death.

*Coupal, 32:51*

### Committee Deliberations

The following excerpts illustrate the different views of the Committee members considered in their study of euthanasia. The Law Reform Commission's 1982 Working Paper provides:

The protection of human life is a fundamental value in all legal systems. Law, whatever its specific variations and particular cultural, political or social context recognizes this value to various degrees by forbidding homicide and punishing acts which constitute a danger or serious threat to the lives of other human beings. The preservation of life is not, however, an absolute value in itself, even for the Canadian legal system. If it were, of course, attempted suicide would not have been decriminalized, nor would self-defence be recognized as legitimate.<sup>23</sup>

Mr. Justice Sopinka, in the *Rodriguez* decision, expressed the view that while there is a consensus that human life must be respected, there is support for the view that the quality of life is an essential component of this principle:

The principle of sanctity of life is no longer seen to require that all human life be preserved at all costs. Rather, it has come to be understood, at least by some, as encompassing quality of life considerations, and to be subject to certain limitations and qualifications reflective of personal autonomy and dignity.<sup>24</sup>

Five members of the Canadian Bar Association who submitted a separate brief on their own behalf to the Committee in March 1995, in referring to the issues of assisted suicide and euthanasia, concluded as follows:

---

23 Law Reform Commission of Canada, *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*, Working Paper 28, p.3.

24 *R. v. Rodriguez* p. 595.



Regardless of how one sits at the end, we are ultimately faced with inadequate protection from abuse, the need for better care of the dying including education and management of pain, and the need for more public dialogue about the real limits to death and dying in our society. Failure to legalize euthanasia and assisted suicide does not end the search for better and more adequate solutions to the plight of the hopelessly ill and dying members of our community.<sup>25</sup>

### *Nonvoluntary Euthanasia*

There are many types of medical decisions that may be considered nonvoluntary euthanasia. Such cases involve incompetent persons whose wishes are not known. Persons in persistent vegetative states and severely disabled newborns may fall under this category. Although the Committee received very little evidence on these matters, it recognizes that such cases pose great problems for health care professionals and family members faced with the task of making decisions for patients who are not able to express and have never expressed their wishes. These cases require more clarification and study and the medical profession should play a leading role in dealing with them.

The Committee, however, discussed cases commonly referred to as “mercy killings”. It believes there are some inadequacies in terms of the application of the present *Criminal Code* provisions as they apply to cases where compassion or mercy is the motivation for terminating an incompetent person’s life who is suffering from intolerable pain in the final stages of life. Under existing law, cases of nonvoluntary euthanasia ought to be prosecuted as first degree murder since the death is planned and deliberate. The penalty for first-degree murder is imprisonment for life, with no eligibility for parole for twenty-five years.

The members are of the view that there is a difference between a killing motivated by compassion or mercy and other forms of murder. Juries are often reluctant to convict in cases where the crime is motivated by compassion or mercy and in particular when they involve someone who is in the final stages of his or her life. This often leads to plea bargaining resulting in a charge of a lesser offence or to a suspected offence not being prosecuted. Thus, the actual practice of the law does not coincide with the letter of the law. The members, therefore, believe a less severe penalty should be imposed than is presently provided in the *Criminal Code* in cases involving an element of compassion or mercy. These elements must, however, be clearly defined and limited.

### *Voluntary Euthanasia*

The Committee could not ascertain the extent to which voluntary euthanasia takes place principally because people are reluctant to speak openly about illegal actions; however, the Committee was informed that requests are made by individuals and that premature deaths do occur in order to end suffering.

25 Submission by Janice Dillon, J.C. Marc Richard, Lucille Birkett, David Golden and Christine Glazer, p. 25.

The Committee agrees that there is no justification for failing to alleviate controllable pain and suffering. The issue upon which there was disagreement among the members is the most appropriate way to address the needs of those for whom pain control is ineffective.

Another issue with which the Committee was consistently confronted was the question of how to balance two different interests: individual rights and the interests of society. To what extent can the individual rights of autonomy and self-determination be protected without compromising society's interest in upholding the principle of respect for human life?

The Committee members were not always in agreement on how these and similar questions should be answered and their recommendations reflect these differences.

### *a) Views of Committee Members Opposed to Voluntary Euthanasia*

The majority of these members oppose voluntary euthanasia for the same reasons they oppose assisted suicide but they also have an additional objection in the case of voluntary euthanasia. They are of the opinion that there is a fundamental difference between assisting suicide and performing euthanasia; in assisted suicide, it is the dying person who is the principal agent of death while in acts of euthanasia, the agent is another person. Since a second person is directly involved in the case of voluntary euthanasia, they do not believe adequate safeguards could ever be established to ensure the consent of the patient was given freely and voluntarily. This is essential in order to prevent abuses and to avoid opening the door to nonvoluntary euthanasia.

The majority of these members reject both assisted suicide and voluntary euthanasia. They believe that if assisted suicide is accepted, so too must voluntary euthanasia be permitted. If assisted suicide is decriminalized and not voluntary euthanasia, the result may be an infringement of section 15, the equality provision in the *Charter*: those who are physically capable of committing assisted suicide would have the option to choose the time and manner of their death while those who are physically incapable of committing assisted suicide would not.

Some members feel that the common good could be endangered if the law is changed to accommodate the few cases where pain control is ineffective. They believe if there is clarification of withdrawing and withholding treatment, better training for personnel who work with those with irreversible illnesses, as well as improved management of pain relief and palliative care, most cases can be assuaged. These members, nevertheless, believe that while there are a small number of cases that cannot be dealt with adequately, these are not sufficient to justify legalizing euthanasia because it could create serious risks for the most vulnerable and threaten the fundamental value of life in society.

They also feel that there is a moral difference between euthanasia and the legitimate practices of withholding and withdrawing of life sustaining treatment and providing treatment aimed at alleviating suffering that may hasten death. In acts of euthanasia, the



*intention* is to cause death, whereas in other end of life decisions the *intention* is to alleviate suffering.

These members are sceptical as to the validity of opinion poll results often cited by those witnesses in favour of changes to the existing laws. They are concerned with the acceptance of such poll results at face value without close analysis of the questions asked, and the knowledge of the respondents with respect to the issues polled. Moreover, they have noted the confusion as to the terms used.

One member of the Committee, while favouring a change in the law with respect to assisted suicide, does not believe that the law regarding euthanasia should be changed. This member believes that Canadian society must move slowly on the issues of assisted suicide and euthanasia. A step by step approach is the more appropriate course of action. Assisted suicide is the first step because the principal agent of death is the dying person. Since that person has final control over the situation, there is an additional opportunity for that person to change his or her mind at the last minute. Voluntary euthanasia, on the other hand, should not be considered at this time since it may not be possible to design and put into place sufficient controls to prevent abuses.

While all these members oppose voluntary euthanasia and insist that it remain part of the *Criminal Code*, they believe the present penalties for this conduct are inappropriate where there is an essential element of compassion or mercy. Our law now makes voluntary euthanasia, like nonvoluntary euthanasia, first degree murder because the death in such cases is planned and deliberate. They believe that the mandatory life sentence for murder with no eligibility for parole for twenty-five years is too harsh in such cases and a less severe penalty should be provided. These members emphasize that this compassionate or merciful element must be clearly and narrowly defined in order to limit the availability of a more lenient sentence.

#### *b) Views of Committee Members in Favour of Voluntary Euthanasia*

For these members, the equality argument under section 15 of the *Charter* is persuasive. If assisted suicide is permitted, as they believe it should be, voluntary euthanasia must also be accepted in order to avoid the unequal treatment of those who are physically incapable of committing assisted suicide.

Those in favour of changes believe the principle of autonomy that justifies allowing the withholding and withdrawing of life sustaining treatment also justifies permitting voluntary euthanasia. These members believe that the provision of treatment aimed at the alleviation of suffering that may hasten death is also similar to voluntary euthanasia. The death of the patient in all of these activities is a foreseeable consequence.

They believe that physicians who take the position that their role is to heal are excluding an important part of their function in society - to provide comfort and care to the ill. This latter role also includes the easing of suffering. For these members, euthanasia can be a merciful and appropriate response to suffering, in cases where it cannot be alleviated by other means.

## Euthanasia

---

They believe the *Criminal Code* should be amended to permit voluntary euthanasia for competent individuals who are physically incapable of committing assisted suicide. The amendment should contain the same or similar safeguards as those recommended for assisted suicide. These members believe that the fact that the dying person requests death in voluntary euthanasia, unlike other forms of euthanasia, justifies permitting some form of legalization in such cases.

### *Involuntary Euthanasia*

The Committee believes that an act of terminating a person's life against his or her wishes is murder and should continue to be treated as such.

## Recommendations

### *Nonvoluntary Euthanasia*

The Committee recommends nonvoluntary euthanasia remain a criminal offence.

The Committee recommends the *Criminal Code* be amended to provide for a less severe penalty in cases where there is the essential element of compassion or mercy. Parliament should consider the following options:

- *A third category of murder could be created that would not carry a mandatory life sentence but rather would carry a less severe penalty; or*
- *A separate offence of compassionate homicide could be established that would carry a less severe penalty.*

The essential elements of compassion and mercy must be clearly and narrowly defined in order to limit the cases in which a less stringent sentence would be available.

Parliament should determine the appropriate penalty.

### *Voluntary Euthanasia*

The majority recommends voluntary euthanasia remain a criminal offence. The *Criminal Code*, however, should be amended to allow for a less severe penalty similar to that provided for nonvoluntary euthanasia in cases where there is the essential element of compassion or mercy.

The minority recommends the *Criminal Code* be amended to permit voluntary euthanasia for competent individuals who are physically incapable of committing assisted suicide. This amendment would be subject to the same or similar minimum safeguards as outlined in the chapter on assisted suicide.



The minority further recommends, that if voluntary euthanasia remains a criminal offence, the *Criminal Code* be amended to provide for a less severe penalty similar to the penalty for nonvoluntary euthanasia.

The Committee recommends research be undertaken into who is requesting euthanasia, why it is being requested, and whether there are any alternatives that might be acceptable to those who are making the requests.

### *Involuntary Euthanasia*

The Committee recommends that the prohibition against involuntary euthanasia continue under the present murder provisions in the *Criminal Code*.





## Conclusion

---

**T**his study has covered the most important issues surrounding assisted suicide and euthanasia. There remain, however, issues regarding nonvoluntary euthanasia and end-of-life decisions, such as those involving persons in persistent vegetative states, seriously defective neo-natal infants and other questions that require careful consideration

The Committee's deliberations were the result of careful analysis of opinions, of knowledge based on experience and beliefs grounded in personal morality and ethics compiled from witness statements and numerous briefs. The Committee's conclusions reflect consensus in many areas and differences on some of the most basic questions addressed. The members hope their Report will facilitate debate on the part of people and governments.

The Committee has endeavoured to respect and reflect Canadian societal views concerning the complex issues of assisted suicide and euthanasia. It believes that if the debate continues in an atmosphere of tolerance and empathy, the issues can be resolved in a manner that will respect and balance the fundamental right of individual choice with the common good of Canadian society.





## Appendix A

### Witnesses at Public Hearings

*All briefs received by the Committee have been deposited with the Library of Parliament. Comments about the report are welcome and may be sent by regular mail, by fax (613) 947-2104 or by E-Mail to [sencom@magi.com](mailto:sencom@magi.com)*

Witnesses	Issue no	Date
<b>Action Life</b>		
Ottawa, Ontario	8	June 1, 1994
✍ Carroll Rees, Executive Director		
✍ Jonathan Bloedow, Member and Researcher		
<b>AIDS Committee of Toronto</b>		
Toronto, Ontario	12	July 5, 1994
✍ Allan Stewart, Board Member		
✍ Carole Yaworsky, Executive Director		
<b>Alberta Indian Health Care Commission</b>		
Edmonton, Alberta	30	December 13, 1994
✍ Randy Bottle		
✍ Richard Saunders		
<b>Alberta Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities</b>		
Edmonton, Alberta	18	September 30, 1994
✍ Gary McPherson, Chairman		
<b>Alliance for Life</b>		
Winnipeg, Manitoba	17	September 29, 1994
✍ Anna Desilets, Executive Director		
✍ Dr. Karel Gunning		
✍ Patricia Soenen		
<b>Alliance for Life (Ontario)</b>		
Guelph, Ontario	8	June 1, 1994
✍ Jakki Jeffs, Executive Director		
<b>The Anglican Church of Ottawa</b>		
Ottawa, Ontario	28	December 7, 1994
✍ Rev. J.A. Baycroft		
<b>Archdiocese of Vancouver</b>		
Vancouver, British Columbia	15	September 27, 1994
✍ Most Rev. Adam Exner, Archbishop of Vancouver		
✍ Peter Ryan		

## Witnesses at Public Hearings

---

<b>Association des hôpitaux du Québec</b>		
Montreal, Quebec	19	October 5, 1994
✍ Dr. Paul Landry		
✍ Dr. Gilles Voyer		
✍ Me Pierre Bourbonnais		
<b>Association Québécoise de Soins Palliatifs</b>		
Montreal, Quebec	24	November 17, 1994
✍ Dr. Maurice Falardeau		
✍ Robert Dagenais		
<b>BC Association of Social Workers</b>		
Victoria, British Columbia	14	September 26, 1994
✍ Anne DuMoulin, Co-Chair		
✍ Michael Boyle, Co-Chair		
✍ Stuart Alcock, Executive Director		
<b>BC Civil Liberties Association</b>		
Vancouver, British Columbia	14	September 26, 1994
✍ John Westwood, Executive Director		
✍ Alister Browne, Board Member		
<b>BC Coalition of People With Disabilities</b>		
Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
✍ Margo Massie, President		
✍ Mary Williams, External Vice President		
✍ Geoff McMurchy, Communications Officer		
<b>BC Coroner's Office</b>		
Burnaby, British Columbia	16	September 28, 1994
✍ Vince Cain, Chief Coroner		
✍ Dr. Sheila Carlisle, Forensic Pathologist		
<b>BC Hospice/Palliative Care Association</b>		
Cranbrook, British Columbia	16	September 28, 1994
✍ Shirley Coupal, President		
✍ Curtis Metzger, Vice President		
✍ Dr. David Kuhl, St. Paul's Hospital (Vancouver)		
<b>BC Persons with AIDS Society</b>		
Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
✍ Arn Schilder, Chair		
✍ Pierre Beaulne, Advocacy and Communications Developer		
<b>David Boram</b>		
Vancouver, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>John Boram</b>		
Vancouver, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>Canadian AIDS Society</b>		
Ottawa, Ontario	12	July 5, 1994
✍ Russell Armstrong, National Programmes Director		
✍ Carole Neron		
✍ Steve Harris*		
✍ Terry Goodwin*		
<b>Canadian Association for Community Living</b>		
North York, Ontario	23	November 16, 1994
✍ Paulette Bertiaume, President		
✍ Diane Richler		
✍ John Bartram		



<b>Canadian Association for Suicide Prevention</b>		
Montreal, Quebec	2	April 20, 1994
✍ Dr. Brian L. Mishara, President		
<b>Canadian Cancer Society</b>		
St. John's, Newfoundland	6	May 18, 1994
✍ Dr. Margaret Scott		
<b>Canadian Conference of Catholic Bishops</b>		
Ottawa, Ontario	22	October 26, 1994
✍ Most Rev. Bertrand Blanchet, Archbishop of Rimouski		
✍ Most Rev. Marcel Gervais, Archbishop of Ottawa		
✍ Father Ron Mercier S.J., Regis College, Toronto		
<b>Canadian Hospital Association</b>		
Ottawa, Ontario	19	October 5, 1994
✍ Carol Clemenhagen, President		
✍ Mary Anne Bourque		
<b>Canadian Medical Association</b>		
Ottawa, Ontario	25	November 23, 1994
✍ Dr. Bruno L'Heureux, President		
✍ Dr. John Williams, Director, Department of Ethics		
✍ Dr. Douglas Sawyer, Chair, Committee on Ethics		
✍ Dr. Léo-Paul Landry, Secretary-General		
<b>Canadian Nurses Association</b>		
Ottawa, Ontario	19	October 5, 1994
✍ Eleanor Ross, President		
✍ Nora Hammell, Nursing Policy Consultant		
<b>Canadian Palliative Care Association</b>		
Ottawa, Ontario	5	May 11, 1994
✍ Dr. Paul Henteleff, President		
✍ Fay Struthers		
<b>Canadian Pharmaceutical Association</b>		
Ottawa, Ontario	23	November 16, 1994
✍ Dr. Kevin Hall, President		
✍ Leroy Favang, Executive Director		
<b>Canadian Physicians for Life</b>		
Caledonia, Ontario	14	September 26, 1994
✍ Dr. Robert Pankratz, President		
✍ Dr. Williard Johnston, Secretary-Treasurer		
✍ Iain T. Benson, Legal Advisor		
✍ Dr. Jim Lane		
<b>The Canadian Unitarian Council</b>		
Surrey, British Columbia	14	September 26, 1994
✍ Brian J. Kiely, Chair, Death Decisions Committee		
✍ Alison Harvey, Member		
<b>Carrefour des Chrétiens du Québec pour la Santé</b>		
Montreal, Quebec	20	October 17, 1994
✍ Dr. Robert Filiatrault, President		
✍ Jean François Malherbe, Chairman, Bioethics Committee		
<b>Réjean Carrier</b>		
Quebec City, Quebec	3	April 27, 1994

## Witnesses at Public Hearings

---

<b>Catholic Health Association of British Columbia</b>		
Vancouver, British Columbia	14	September 26, 1994
✍ Gerald J. Herkel, President		
✍ Susan House, Executive Director		
✍ Rev. John Horgan, Chairman, Ethics Committee		
<b>Catholic Health Association of Canada</b>		
Ottawa, Ontario	14	September 26, 1994
✍ Dr. Helen Hays		
✍ Elly Englefield		
✍ Bridget Campion		
✍ Gerry Hiebert		
<b>Catholic Health Association of Manitoba</b>		
Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
✍ Pat Murphy		
✍ Dr. Larry Reynolds		
<b>The Catholic Women's League of Canada</b>		
Winnipeg, Manitoba	17	September 29, 1994
✍ Claire Heron, National President		
✍ Heather Kolla, Past President		
✍ Dolores Fehr, Member		
<b>Centre for Excellence in HIV/AIDS</b>		
Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
✍ Irene Goldstone, Director		
<b>Gerald Chipeur</b>		
Calgary, Alberta	27	November 30, 1994
<b>Choice in Dying, Ottawa</b>		
Nepean, Ontario	8	June 1, 1994
✍ Stanley Rosenbaum		
✍ Stella McMurran		
<b>Christian Brethren</b>		
Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
✍ Don Logan		
✍ Norman Plater		
<b>Church of Sts. John and Paul</b>		
Fredericton, New Brunswick	24	November 17, 1994
✍ Rev. Kenneth Weir		
<b>Clinical Research Institute of Montreal</b>		
Montreal, Quebec	22	October 26, 1994
✍ Dr. David Roy, Director, Center for Bioethics		
<b>Clinical Research Institute of Montreal</b>		
Montreal, Quebec	22	October 26, 1994
✍ Dr. Neil Macdonald, Director, Cancer Ethics Programme		
<b>Dr. Howard Cohen</b>		
Ottawa, Ontario	26	November 24, 1994



**College of Family Physicians**

Mississauga, Ontario	23	November 16, 1994
✍ Dr. Richard MacLachan, Chair of the Ethics Committee		
✍ Dr. Paul Rainsberry, Director of Education		
✍ Dr. Reg L. Perkins, Executive Director		
✍ Dr. Eugene Bereza, Member of the Ethics Committee		

**Community Hospice Association of Ontario**

Don Mills, Ontario	10	June 15, 1994
✍ Heather M. Balfour, Executive Director		
✍ Mrs Duffy Davidson, Board Member		

**Compassionate Healthcare Network Association**

Surrey, British Columbia	15	September 27, 1994
✍ Cheryl Eckstein, Founder and President		
✍ Dr. Michael Newton, Director		
✍ Dr. H. Robert C. Pankratz, Director		

**Conference of Mennonites in Canada**

Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
✍ Helmut Harder, General Secretary		
✍ Doug Pritchard, Staff for Peace Justice and Social Concerns		
✍ Roma Quapp, Staff for the Resource Commission		
✍ Dr. Howard Zacharias, Regional Consultant in Geriatric Medicare		
✍ Tym Elias, Executive Secretary		

**Christopher Considine**

Victoria, British Columbia	14	September 26, 1994
----------------------------	----	--------------------

**Janine Corbeil**

Montreal, Quebec	32	January 13, 1995
------------------	----	------------------

**Council of Canadians with Disabilities**

Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
✍ Jim Derksen, Council Member		
✍ Paula Keirstead, Member of the Human Rights Committee		
✍ Allan Simpson, Past Chairman		

**Council on Aging**

Ottawa, Ontario	32	January 13, 1995
✍ Miriam Chapman, Chair		
✍ Dr. Campbell Lamont, Member		
✍ Charles Scott		

**Julianne Cressman**

Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
-----------------------------	----	--------------------

**Department of Health**

Ottawa, Ontario	29	December 12, 1994
✍ The Honourable Diane Marleau, P.C., Minister		
✍ André Juneau, Assistant Deputy Minister		
✍ Susan Lawson, Policy Analyst		
✍ Judy Ferguson, Director General		

**Department of Justice**

Ottawa, Ontario	31	December 14, 1994
✍ The Honourable Allan Rock, P.C., Minister		

## Witnesses at Public Hearings

---

<b>Dr. R.W. Dunn</b> White Rock, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>Dying with Dignity</b> Toronto, Ontario ✍ Marilynne Seguin, Executive Director ✍ Martin Campbell, Barrister	7	May 25, 1994
<b>Evangelical Fellowship of Canada</b> Markham, Ontario ✍ Bruce Clemenger, Director of Public Affairs ✍ Janet Buckingham, Chair of Social Action Committee ✍ Stanley Grenz ✍ Dr. Edwin Hui ✍ Walter Lawrence	15	September 27, 1994
<b>Fédération québécoise des Centres d'hébergement et de soins de longue durée</b> Montreal, Quebec ✍ Claude Vézina ✍ Monique Coupal	32	January 13, 1995
<b>Focus on the Family</b> Vancouver, British Columbia ✍ Dr. Margaret Cottle	15	September 27, 1994
<b>Julie Foley</b> Ottawa, Ontario	4	May 4, 1994
<b>Goodbye: A Right to Die Society</b> Vancouver, British Columbia ✍ Charles Clapham, Director ✍ Darline Miller, Director	15	September 27, 1994
<b>Dr. James Gordon</b> Montreal, Quebec	27	November 30, 1994
<b>James Green</b> Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
<b>George Griffith</b> Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
<b>Health Law Institute</b> Halifax, Nova Scotia ✍ Dr. Robert Elgie, Director	20	October 17, 1994
<b>Henderson General Hospital</b> Hamilton, Ontario ✍ Dr. Elizabeth Latimer, Director of Palliative Care	4	May 4, 1994
<b>Hospice of All Saints</b> Ottawa, Ontario ✍ Barbara O'Connor, Executive Director ✍ Dr. Emily Geer, Medical Consultant	12	July 05, 1994
<b>Susan House</b> New Westminster, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>Humanist Association of Ottawa</b> Ottawa, Ontario ✍ Trevor Banks, Member of Executive Committee	8	June 01, 1994



<b>Izaak Walton Killam Hospital</b> Halifax, Nova Scotia ✍ Dr. Nuala Kenny, Head, Department of Paediatrics	20	October 17, 1994
<b>Andrew Johnson</b> Vancouver, British Columbia	14	September 26, 1994
<b>Brian Kershaw*</b> Vancouver, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>Hilda Krieg</b> Surrey, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>Lubavitch Organization for Jewish Development</b> Vancouver, British Columbia ✍ Yoseph Thompson	14	September 26, 1994
<b>Paul Mackenzie</b> Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
<b>Maison Marc-Simon</b> Quebec, Quebec ✍ Dr. Michel Morissette ✍ Sister Agathe Côté	32	January 13, 1995
<b>Maison Michel Sarrazin</b> Sillery, Quebec ✍ Louis Dionne, Director General	13	July 6, 1994
<b>Manitoba Association for Rights and Liberties</b> Winnipeg, Manitoba ✍ Donald A. Bailey, President ✍ Tara Mullen, Program Co-ordinator ✍ Neil Searles	17	September 29, 1994
<b>Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation</b> Winnipeg, Manitoba ✍ Dr. Harvey M. Chochinov, Head, Clinical Services and Academic Affairs	17	September 29, 1994
<b>Manitoba Hospice Foundation</b> Winnipeg, Manitoba ✍ Dr. Peter Kirk, Vice President ✍ Dr. Linda Kristjanson ✍ Dr. Deborah Dudgeon ✍ Fred Nelson	17	September 29, 1994
<b>Manitoba Physicians for Life</b> Winnipeg, Manitoba ✍ Dr. Paul V. Adams ✍ Dr. Nicole Caron-Boulet ✍ Dr. Harold Boey	18	September 30, 1994
<b>Janet McCaffrey</b> Winnipeg, Manitoba	17	September 29, 1994
<b>McGill University Centre for Medicine, Ethics and Law</b> Montreal, Quebec ✍ Edward Keyserlingk, Associate Professor Faculty of Medicine	1	March 15, 1994

## Witnesses at Public Hearings

---

### **McGill University Centre for Medicine, Ethics and Law**

Montreal, Quebec	6	May 18, 1994
✉ Margaret Somerville, Director		

### **Linda Meyer**

Maple Ridge, British Columbia	14	September 26, 1994
-------------------------------	----	--------------------

### **Louise Normandin Miller**

Victoria, British Columbia	5	May 11, 1994
----------------------------	---	--------------

### **Cecilia Moore**

Vancouver, British Columbia	14	September 26, 1994
-----------------------------	----	--------------------

### **Anne Mullens**

Victoria, British Columbia	30	December 13, 1994
----------------------------	----	-------------------

### **National Coalition of Concerned Mothers**

Burlington, Ontario	17	September 29, 1994
✉ Lorna Dueck		
✉ Jean Echlin		

### **Joanne Neubauer**

Victoria, British Columbia	15	September 27, 1994
----------------------------	----	--------------------

### **New Brunswick Extra Mural Hospital Association**

Fredericton, New Brunswick	20	October 17, 1994
✉ Dr. Gordon Fergusson		

### **Niagara Community Impact Group**

Niagara, Ontario	31	December 14, 1994
✉ Jake Janzen		
✉ Janice Buhr		
✉ Dr. Robert Buhr		

### **Nova Scotia Palliative Care Association**

Sydney, Nova Scotia	23	November 16, 1994
✉ Dr. Ina Cummings, Director		
✉ Judith Fuller		

### **Sheila Noyes**

Thunder Bay, Ontario	18	September 30, 1994
----------------------	----	--------------------

### **Nurses for Life**

Ottawa, Ontario	8	June 1, 1994
✉ Mary-Lynn McPherson		
✉ Diane Petrucka		
✉ Maureen Farnand		

### **Russel Ogden**

New Westminster, British Columbia	14	September 26, 1994
-----------------------------------	----	--------------------

### **Rev. John Oldham**

Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
--------------------	----	--------------------

### **Ontario Medical Association**

Toronto, Ontario	20	October 17, 1994
✉ Dr. Michael Wyman, President		
✉ Dr. Ted Boadway, Director of Health Policy		

### **Ontario Office of the Chief Coroner**

Toronto, Ontario	20	October 17, 1994
✉ Dr. James Young, Chief Coroner		
✉ Dr. James Cairns, Deputy Chief Coroner		



<b>Ontario Office of the Crown Attorney</b> Timmins, Ontario ✍ David Thomas	29	December 12, 1994
<b>Ontario Palliative Care Association</b> Owen Sound, Ontario ✍ Dr. James McGregor, Member of the Board ✍ Shari Douglas, President	4	May 04, 1994
<b>Rev. Bernard Osborg</b> Bridgetown, Nova Scotia	15	September 27, 1994
<b>Ottawa and District Physicians Who Respect Life</b> Ottawa, Ontario ✍ Dr. André Lafrance	7	May 25, 1994
<b>People in Equal Participation Inc.</b> Winnipeg, Manitoba ✍ Theresa Ducharme, Chair ✍ Sylvia Daniels	17	September 29, 1994
<b>Mark Pickup</b> Beaumont, Alberta	27	November 30, 1994
<b>Pro-Life Society of British Columbia</b> Kelowna, British Columbia ✍ Ted Gerk, President ✍ Betty Green, Director	15	September 27, 1994
<b>R.E.A.L. Women of British Columbia</b> Vancouver, British Columbia ✍ Cecilia von Dehn	15	September 27, 1994
<b>Responsable jusqu'à la fin</b> Quebec, Quebec ✍ Yvon Bureau, President	4	May 04, 1994
<b>The Right to Die Society of Canada</b> Victoria, British Columbia ✍ John Hofsess, Executive Director ✍ Gabrielle Gaspar, Member ✍ Dr. Markus Luckwaldt	25	November 23, 1994
<b>Right to Life Association of Toronto</b> Toronto, Ontario ✍ June Scandiffo, President ✍ Dr. Michael Berry	8	June 1, 1994
<b>Patricia Rodney</b> Vancouver, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>R. Scott Rowand</b> Toronto, Ontario	9	June 8, 1994
<b>Royal College of Physicians and Surgeons of Canada</b> Ottawa, Ontario ✍ Dr. Gordon Crelinsten, Council Member ✍ Dr. Henry Dinsdale, President ✍ Dr. Pierre Paul Demers, Director	20	October 17, 1994
<b>Royal Victoria Hospital</b> Montreal, Quebec ✍ Dr. Balfour Mount, Director of Palliative Care	5	May 11, 1994

## Witnesses at Public Hearings

---

<b>Royal Victoria Hospital</b> Montreal, Quebec ✍ Dr. Marcel Boisvert	6	May 18, 1994
<b>Elizabeth Semkiw</b> Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
<b>Thomas Sigurdson</b> Surrey, British Columbia	15	September 27, 1994
<b>Marcie Smordin</b> Vancouver, British Columbia	16	September 28, 1994
<b>St. Andrew's Presbyterian Church</b> Stratford, Ontario ✍ Rev. James Dickey	8	June 1, 1994
<b>Angèle St. Germain</b> Verdun, Quebec	9	June 8, 1994
<b>Sunnybrook Health Science Centre</b> Toronto, Ontario ✍ Dr. John Senn, Director of the Clinical Ethics Centre	9	June 8, 1994
<b>Thomas More Lawyers' Guild of Toronto</b> Toronto, Ontario ✍ Philip H. Horgan, President ✍ David Brown ✍ Angela Costigan ✍ Tim Egan	12	July 5, 1994
<b>Toronto Bayview Regional Cancer Centre</b> Toronto, Ontario ✍ Dr. Robert Buckman	26	November 24, 1994
<b>Toronto Hospital for Sick Children</b> Toronto, Ontario ✍ Dr. Abbyann Day Lynch, Director Bioethics Department	11	June 22, 1994
<b>United Church of Canada</b> Toronto, Ontario ✍ Ruth Evans, Director ✍ Rev. Ann L. Simmonds	27	November 30, 1994
<b>Université Laval</b> <b>Département des sciences infirmières</b> Ste. Foy, Quebec ✍ Danielle Blondeau	12	July 5, 1994
<b>University of Alberta</b> <b>Developmental Disabilities Centre</b> Edmonton, Alberta ✍ Richard Sobsey	18	September 30, 1994
<b>University of Calgary</b> <b>Department of Community Health Sciences</b> Calgary, Alberta ✍ Marja Verhoef	18	September 30, 1994
<b>University of Calgary</b> <b>Faculty of Medicine</b> Calgary, Alberta ✍ Dr. Douglas Kinsella	16	September 28, 1994



<b>University of Manitoba Centre for Applied Ethics</b>		
Winnipeg, Manitoba	18	September 30, 1994
✍ Arthur Schafer		
<b>University of Manitoba Faculty of Law</b>		
Winnipeg, Manitoba	6	May 18, 1994
✍ Barney Sneiderman		
<b>University of Sherbrooke Ethics Committee</b>		
Sherbrooke, Quebec	29	December 12, 1994
✍ Dr. Pauline Lesage-Jarjoura		
✍ Dr. Suzanne Philips-Nootens		
✍ Jean Desclos		
<b>University of Toronto Faculty of Law</b>		
Toronto, Ontario	10	June 15, 1994
✍ Bernard Dickens		
<b>University of Victoria Department of Philosophy</b>		
Victoria, British Columbia	2	April 20, 1994
✍ Dr. Eike-Henner W. Kluge		
<b>Volunteer Home Support Group</b>		
Winnipeg, Manitoba	17	September 29, 1994
✍ Dennis Norbury, President		
✍ Dr. Sandra Kirby, Vice President		
<b>Dr. Harry van Bommel</b>		
Scarborough, Ontario	28	December 7, 1994
<b>Humphrey Waldock</b>		
West Vancouver, British Columbia	14	September 26, 1994
<b>Dr. Ken F. Walker (Dr. W.Gifford-Jones)</b>		
Toronto, Ontario	11	June 22, 1994
<b>Dr. Scott Wallace</b>		
Victoria, British Columbia	15	September 27, 1994

\*Indicates that witness appeared in camera

## **Witnesses at Public Hearings**

---

**The following witnesses appeared via videoconference from Holland on October 25, 1994. A transcript of the meeting is contained in Issue No. 21 of the Proceedings of the Committee.**

**Dr. Dirkjan Bakker**

Surgeon, Member of Medical Ethical Committee for Patient Care, University Hospital  
Amsterdam, The Netherlands

**Dr. Elly De Heer**

General Practitioner, Professor at Erasmus University  
Rotterdam, The Netherlands

**Dr. Robert J.M. Dillman**

Secretary of Medical Affairs, Royal Dutch Medical Association  
Utrecht, The Netherlands

**Dr. A.P.M. Heintz**

Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital  
Utrecht, The Netherlands

**Mrs. Johanna Kits Nieuwenkamp**

Ministry of Health, Chair of the Committee on Bioethics of the Council of Europe  
Rijswijk, The Netherlands

**Dr. H.J.J. Leenen**

Professor of Social Medicine and Health Law, University of Amsterdam  
Amsterdam, The Netherlands

**Professor Johan Legemaate**

Counsellor, Royal Dutch Medical Association  
Utrecht, The Netherlands

**Professor Leo C.M. Meijers**

Attorney-General, Supreme Court of the Netherlands  
The Hague, The Netherlands

**Mr. Eugene Sutorius**

Attorney and Deputy Justice, Court of Appeal, Member of the Dutch Health Council  
Arnhem, The Netherlands

**Dr. J.J.M. Van Delden**

Sociologist and Medical Practitioner, Principal investigator for the Remmelink Committee  
Utrecht, The Netherlands

**Dr. Gerrit van der Wal**

Inspector of Health in North-Holland  
Amsterdam, The Netherlands

**Mrs. Mary G. Vlaming**

Registered Nurse (retired)  
Amsterdam, The Netherlands



## Appendix B

### Written Submissions Received

---

*The Committee received several thousand submissions from individuals and organizations. Some of these were short form letters or individual letters simply expressing an opinion for or against euthanasia and assisted suicide. Others were requests to appear, often accompanied by well-developed briefs, from organizations or private individuals. For reasons of time it was not possible to hear every group or individual who wrote to the Committee. The following is a list of the briefs received from organizations that did not appear as well as some of the more lengthy studies submitted by individuals. The Committee is grateful to all who took the time to express their views.*

**Abbotsford Right-to-Life Society**  
Abbotsford, British Columbia

**Alliance Action Inc.**  
Winnipeg, Manitoba

**Marie Achille**  
Burnaby, British Columbia

**Zoe Bernatksy**  
Willingdon, Alberta

**Lucille Birkett**  
Edmonton, Alberta

**R.E. Bowley**  
Peterborough, Ontario

**Calabogie, Renfrew Pro-Life Association**  
Calabogie, Ontario

**Canadian Association of Social Workers**  
Ottawa, Ontario

**Canadian Bar Association**  
Ottawa, Ontario

**Catholic Physicians Guild of Manitoba**  
Winnipeg, Manitoba

**Catholic Women's League of Canada**  
Various branches

**Centre for Renewal in Public Policy**  
Gloucester, Ontario

**Chevaliers de Colomb, Conseil provincial du Nouveau-Brunswick**  
Kedgwick, New Brunswick

**Chilliwack Pro Life Society**  
Chilliwack, British Columbia

**Christian Medical and Dental Society**  
Saskatoon, Saskatchewan

## Written Submissions Received

---

**Christian Social Morals Action Committee**

Frankford, Ontario

**Susan Conrad**

Toronto, Ontario

**Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec**

Montreal, Quebec

**Council of Christian Reformed Churches in Canada**

Burlington, Ontario

**Pierre Coullée**

Lasalle, Quebec

**Phyllis Creighton**

Toronto, Canada

**Ann Davis**

Nepean, Ontario

**Luc Déry**

Montreal, Quebec

**Janice Dillon**

Vancouver, British Columbia

**John Doyle**

Winnipeg, Manitoba

**Dunnville and Area Right to Life**

Dunnville, Ontario

**Betty Eckgren**

Victoria, British Columbia

**Dr. H.E. Emson**

Saskatoon, Saskatchewan

**Elly Englefield**

Sherwood Park, Alberta

**Audrey Floyd**

Surrey, British Columbia

**Rosalie Floyd**

Penticton, British Columbia

**La Fondation Lise T.**

Anjou, Quebec

**Brian Gifford**

Halifax, Nova Scotia

**Claude Girard**

Montreal, Quebec

**Christine Glazer**

Saskatoon, Saskatchewan

**David Golden**

Toronto, Ontario

**Antonio R. Gualtieri**

Ottawa, Ontario

**Dr. Sydney G. Grant**

Fredericton, New Brunswick

**Dr. Tadeusz Grygier**

Aylmer, Quebec



**Halton Pro-Life**

Burlington, Ontario

**Tom Harpur**

Richmond Hill, Ontario

**Helen Hays**

Edmonton, Alberta

**Human Life Research Institute**

Toronto, Ontario

**Island Hospice Association**

Charlottetown, Prince Edward Island

**Kanata Pentecostal Church**

Kanata, Ontario

**Dr. F.B. Kelly**

Moncton, New Brunswick

**Knights of Columbus**

Belleville, Ontario

**Knights of Columbus**

Toronto, Ontario

**Knights of Columbus**

Alberta- Northwest Territories

**Tom Koch**

Toronto, Ontario

**François Lareau**

Ottawa, Ontario

**Last Wish Foundation**

Don Mills, Ontario

**League for Life in Manitoba Inc.**

Winnipeg, Manitoba

**Dr. Arthur Paterson Lee**

Scarborough, Ontario

**Lutheran Church of Canada**

Winnipeg, Manitoba

**Dr. Hubert Marcoux**

Laval, Quebec

**Carmen McCauley**

Chatham, Ontario

**Denham Meek**

Victoria, British Columbia

**John Lawrence-Moore**

Winnipeg, Manitoba

**Bruno Morawetz**

Peterborough, Ontario

**Cathleen Morrison**

St. George, Ontario

**New Brunswick Association For Community Living**

Fredericton, New Brunswick

**Goerge & Nettie Neudorf**

Sardis, British Columbia

## Written Submissions Received

---

**Vito Norejko**

London, Ontario

**Norwich United Church**

Norwich, Ontario

**J.V. O'Brien**

Baddeck, Nova Scotia

**Ottawa-Carleton Regional Palliative Care Association**

Ottawa, Ontario

**Physicians and Scientists for a Healthy World**

Nepean, Ontario

**Presbyterian Church of Canada**

Don Mills, Ontario

**The Providence Hospital**

Moose Jaw, Saskatchewan

**Pro-Vie Clare**

Church Point, Nova Scotia

**Thaddeus W. Pruss**

Surrey, British Columbia

**The Registered Nurses Association of British Columbia**

Vancouver, British Columbia

**Religious Hospitallers of St. Joseph**

Kingston, Ontario

**Religious Hospitallers of St. Joseph**

Windsor, Ontario

**Thaddée Renault**

Fredericton, New Brunswick

**Joan Renold**

White Rock, British Columbia

**Marc Richard**

St. John, New Brunswick

**Teresa Rojas**

Victoria, British Columbia

**Alex K.H. Rose**

Lacombe, Alberta

**Teresa Sasseville**

Ottawa, Ontario

**Izabela Schultz**

Vancouver, British Columbia

**Sisters of Charity of the Immaculate Conception**

Renforth, New Brunswick

**Sisters of Providence Continuing Care Centre**

Kingston, Ontario

**Sisters of St. Martha**

Antigonish, Nova Scotia

**Sisters of St. Martha**

Scarborough, Ontario

**Julianna Smith**

Mississauga, Ontario



**Les Soeurs de la Charité de Montréal**

Montreal, Quebec

**Dr. Jocelyne St-Arnaud**

Montreal, Quebec

**St. Joseph's College Catholic Bioethics Centre**

Edmonton, Alberta

**Strathaven Baptist Church**

Chatsworth, Ontario

**Rev. Dr. George Theckedath**

Ottawa, Ontario

**Toronto Catholic Doctors Guild**

Scarborough, Ontario

**Dr. Arnold Voth**

Edmonton, Alberta

**Attaleen Werner**

Willowdale, Ontario

**Gregor Wolbring**

Calgary, Alberta

**Women Alive**

Barrie, Ontario

**Women For Life, Faith and Family**

Abbotsford, British Columbia





## Appendix C

### Material Received by the Committee

---

*In addition to the many briefs and letters, a number of books, articles, government publications, court decisions and unpublished documents were brought to the attention of the Special Committee.*

#### Books

- Baudouin, Jean-Louis and Danielle Blondeau. *Ethique de mort et droit à la mort*, Paris: Presses universitaires de France, 1993.
- Bureau, Yvon. *Ma mort. Ma dignité. Mes volontés. Le testament biologique*. Québec: Éditions du Papillon, 1991.
- Crichton, Anne and David Hsu. *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization*, Canadian Hospital Association Press, Ottawa, 1990.
- Doyle, Derek, Geoffrey Hanks, and Neil Macdonald, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* Oxford University Press, 1993
- Fries, J. F. "Reduction of National Morbidity", in Lewis, Steven J. editor, *Aging and Health: Linking Research and Public Policy* Michigan: Lewis Publishers, Chelsea, 1989.
- Gairdner, William. *The War Against the Family: A Parent Speaks Out on the Political, Economic and Social Policies That Threaten Us All*. Toronto: Stoddart, 1992.
- Humphrey, Derek. *Final Exit: The Practicalities of Self Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Oregon: Hemlock Society, 1991.
- Jones, Julian. *My Dear Son*. Florida: Chapman Publishing, 1993.
- Kay, Dennis. *Laugh, I Thought I'd Die: My Life With ALS* Toronto: Viking, 1994.
- Les Actes du Premier colloque québécois sur les volontés de fin de vie*. Montreal: Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine. March 1993.
- Sherwin B. Nuland. *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter* New York: Knopf, 1994.
- Ogden, Russel D. *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*. Vancouver: Perreault/Goedman Publishing, 1994.
- Rodriguez, Sue and Lisa Bernie Hobbs. *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez* Toronto: Toronto, 1994.
- Seguin, Marilynne *A Gentle Death*. Toronto: Key Porter Books, 1994.

### Articles

- Cummings, Ina. "Hospitals and Health Care Facilities", *Journal of Palliative Care*, 8:1 (1994) 33-37.
- Block, Susan and Andrew Billings. "Patient Requests to Hasten Death: Evaluation and Management in Terminal Care." *Arch Intern Med* 154 (Sept 1994) 2039-2047.
- Bowal, Peter. "A Fearsome Dilemma - Physicians' Role in Suicide in Canada." *Law Now* (Oct./Nov. 1994) 7-9.
- Cleeland, Charles S. *et al.* "Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer." *New England Journal of Medicine* 330: 9(March 1994) 592-596.
- Delden, Johannes J. M., Loes Pijnenborg and Paul J. Van Der Maas. "Reports from the Netherlands: Dances with Data" *Bioethics* 7: 4 (1991) 323-329.
- . "Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life." *The Lancet* 338: 8768(September 1991) 669-674.
- Diekstra, René. "Assisted Suicide and Euthanasia: Experiences from the Netherlands" *Annals of Medicine* 25:(February 1993) 1-9.
- Downie, Jocelyn. "Voluntary Euthanasia in Canada" *Health Law in Canada* 14:1 (1993) 13-30.
- Downing, Michael G., Debra L. Braithwaite, and James M. Wilde. "Global Exchange" *Journal of Palliative Care* 9:4 (1993) 26-32.
- Emanuel, Ezekiel J. "Euthanasia: Historical, Ethical and Empiric Perspectives" *Arch Intern Med* 154:(Sept 1994) 1890-1901.
- Falardeau, Maurice. "Les ressources en soins palliatifs et à domicile en 1994: où en sommes-nous?" *Le Médecin du Québec* (December 1994) 1-3.
- Ferrel, Betty R. and Grace E. Dean. "Ethical Issues in Pain Management at Home" *Journal of Palliative Care* 10:3 (1994).
- Fenigsen, Richard. "The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia" *Issues in Law and Medicine* 7: 3(1991) 67-72.
- . "A Gentle Man Speaks of Fear." *Population Research Institute* (March/April 1994) 8-11.
- Freedman, Benjamin. "The Rodriguez Case: Sticky Questions and Slippery Answers." *McGill Law Journal* 39 (Oct. 1994) 644-656.
- Genuis, Stephen J. "Public attitudes towards the right to die." *Canadian Medical Association Journal* 150:(March 1994) 701-708.
- Gilmour, Joan. "Withholding and Withdrawing Life Support from Adults at Common Law." *Osgoode Hall Law Journal* 31:(1994) 473-541.
- Goldstone, Irene. "Trends in Hospital Utilization in AIDS Care 1987-1991: Implications for Palliative Care." *Journal of Palliative Care* 8:4(1992) 22-29.
- Hentleff, Paul. "We Don't Do That in Palliative Care" *Journal of Palliative Care* 10:3 (1994) 76-78.
- Hughes, David L. and Peter A. Singer. "Family physicians' attitudes toward advance directives" *Canadian Medical Association Journal* 146: 11(June 1992) 1937-1944.



- Jackman, Anne. "'Solutions in Sciences Outside of the Law' Rodriguez v. British Columbia (A.G.)" *Dalhousie Law Journal* 17 (Spring 1994) 206-221.
- Kelner, Merrijoy, Ivy L. Bourgeault, Philip C. Hébert, and Earl V. Dunn. "Advance Directives: the Views of Health Care Professionals" *Canadian Medical Association Journal* 148: 8(April 1993) 1331-1338.
- Kenis, Yvon. "L'euthanasie active et les médecins: pratiques et opinions" (Active Euthanasia and Doctors: Practice and Opinions) *Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité* 52: 3(1994) 7-19.
- Kevorkian, Jack. "A Modern Inquisition." *The Humanist* (November/December 1994) 7-14.
- Kinsella, Douglas and Marja Verhoef. "Alberta Euthanasia Survey: 1. Physicians' opinions about the morality and legalization of active euthanasia" *Canadian Medical Association Journal* 148: 11 (1993) 1921-1933.
- Kohut, Nitsa and Peter A. Singer. "Advance Directives in Family Practice" *Canadian Family Physician* 39: (May 1993) 1087-1093.
- Lamarche, Paul A. *La crise des systèmes de santé au Canada* 6<sup>ème</sup> congrès annuel Société canadienne de bioéthique, 25 novembre, 1995.
- Latimer, Elizabeth. "Euthanasia: A Physician's Reflections" *Journal of Pain and Symptom Management* 6: 8(November 1991) 487-491.
- . "Euthanasia, Physician-Assisted Suicide and the Ethical Care of Dying Patients" *Canadian Medical Association Journal* 151: 8(October 1994) 1133-1136.
- . "Ethical Decision-Making in the Care of the Dying and Its Applications to Clinical Practice" *Journal of Pain and Symptom Management* 6: 5(July 1991) 329-336.
- . "The Ethics of Partial Palliative Care" *Journal of Palliative Care* 10:3 (1994) 107-110.
- MacDonald, Neil. "Priorities in education and research in palliative care" *Palliative Medicine* 7: 1(1993) 6 5-76.
- . "Ontario Palliative Care Statement: A Template for the Rest of Canada" *Canadian Medical Association Journal* 148:6 (March 1993).
- . "Teaching Palliative Care: A Structural Overview." in Roderick D. MacLeod and Chris James eds. *Teaching Palliative Care: Issues and Implications*.
- MacDonald, Neil and John Dosetor. "Ethics of Palliative Care in the Context of Limited Resources: An Essay on the Need for Attitudinal Change" *Journal of Palliative Care* 10:3 (1994) 39-42.
- Marcoux, Hubert. "Le rôle du médecin et l'euthanasie: réflexion médicale" *Annals RCPSC* 27: 4(June 1994) 225-229.
- Meslin, Eric M. and Kara Sutherland. "Advance Directive Policy in Canada: The Impact on Older People and Their Families" in *The Remainder of Their Days: Domestic Policy and Older Families in the United States and Canada*. Edited by Jon Hendricks and Carolyn Rosenthal. New York & London: 1993, 193-219.
- Mount, Balfour M., John F. Scott, Ina Cummings, and Neil MacDonald. "Guest Editorial - Palliative Care - A Passing Fad? Understanding and Responding to the Signs of the Times" *Journal of Palliative Care* 10:1(1994) 5-7.
- Muller, M. T., Gerrit Van der Wal et al. "Voluntary Active Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Dutch Nursing Homes: Are the Requirements for Prudent Practice Properly Met?" *Journal of the American Geriatrics Society* 42: 6(June 1994) 624-629.
- Ogden, Russel. "Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?" *Journal of Palliative Care* 10: 2(1994). 82-85.

- . "The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying." *Canadian Public Policy* 20: 1(1994) 1-25.
- Otlowski, Margaret. "Mercy Killing Cases in the Australian Criminal Justice System" *Criminal Law Journal* 17: 1(February 1993)10-39.
- Pain Management Newsletter* 7: 2(August 1994).
- "Physician-Assisted Death." CMA Policy Summary. *Canadian Medical Association Journal* 152: 2 (January 1995) 248A-248B.
- Piper, Geoff. "Hospice vs. Suicide: The Wrong Debate" *The American Journal of Hospice & Palliative Care* (November/December 1994)
- Rasooly, Iris *et al.* "Hospital Policies on Life-Sustaining Treatments and Advance Directives in Canada" *Canadian Medical Association Journal* 150:8 (April 1994) 1265-1270.
- Reinders Maarten and Peter A. Singer. "Which Advance Directive Do Patients Prefer?" *Journal of General Internal Medicine* 9: (January 1994) 49-51.
- Roe, Donna J. "Palliative Care 2000 - Home Care" *Journal of Palliative Care* 8:1 1992 28-32.
- Sam, Mehran and Peter A. Singer. "Canadian Outpatients and Advance Directives: Poor Knowledge and Little Experience but Positive Attitudes" *Canadian Medical Association Journal* 148: 9(May 1993) 1497-1502.
- Senn, John. "Writing no-CPR orders: Must resuscitation always be offered?" *Canadian Medical Association Journal* 151: (October 1994) 1125-8.
- Silberfeld, Michel, Carol Nash, and Peter Singer. "Capacity to Complete and Advance Directive" *Journal of American Geriatrics Society* 41: 10(October 1993) 1141-1143.
- Singer, Peter A., "Disease-specific advance directives" *The Lancet* 344: (August 1994) 594-596.
- *et al.* "Advance directives: Are They an Advance?" *Canadian Medical Association Journal* 146: 2(January 1992) 127-134.
- and Sujit Choudhry. "Ontario's Proposed Consent Laws: 1. Consent and Capacity, Substitute Decisions, Advance Directives and Emergency Treatment" *Canadian Medical Association Journal* 146: 6(March 1992) 829-832.
- and Mark Siegler. "Advancing the Cause of Advance Directives" *Arch Intern Med* 152: (January 1992) 22-24.
- Sheldon, Tony. "Judges make historical ruling on euthanasia." *British Journal of Medicine* 300: (July 1994) 2 7-8.
- Sneiderman, Barney. "Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?" *Humane Medicine* 8: 2(April 1992) 104-115.
- Somerville, Margaret. "The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia." *Journal of Contemporary Health and Law Policy* 9: 1 (1993) 1-76.
- "Sounding Board - Regulating Physician-Assisted Death." *New England Journal of Medicine* 331: 2(July 1994) 119-123.
- Sullivan, Patrick. "Take stand on euthanasia, assisted suicide, MDs tell CMA in survey released during annual meeting." *Canadian Medical Association Journal* 149: 6(September 1993) 858-859.
- Tremayne-Lloyd, Tracey. "Euthanasia: legal implications for physicians in Canada." *Canadian Family Physician* 40: (May 1994) 1055-1057.



- Van der Wal, Gerrit and Robert J. M. Dillmann. "Euthanasia in the Netherlands." *British Medical Journal* 308: 21(May 1994) 1346-1349
- Waldron, Jeremy. "The Edges of Life" *Life's Dominion: An Argument about Abortion and Euthanasia* by Ronald Dworkin *London Review of Books* (May 12, 1994) 11-13.
- Weinrib, Lorraine Eisenstat. "The Body and the Body Politic: Assisted Suicide under the *Canadian Charter of Rights and Freedom*" *McGill Law Journal* 39:(1994) 619-644.
- Williams, John, Frederick Lowy, and Douglas Sawyer. "Canadian physicians and euthanasia" *Issues* 1-5 *Canadian Medical Association Journal* 148: (1993) 8-12.
- Young, Katherine. "A Cross-Cultural Historical Case against Planned Self-Willed Death and Assisted Suicide." *McGill Law Journal* (Oct. 1994) 657-707.

## Government Publications

- Alberta Ministry of Health. *Palliative Care: A Policy Framework*. December 1993.
- Alberta Ministry of Health. *Palliative Care in Alberta: A Report on Findings of the Public Consultation Process*. December 1993.
- British Columbia Ministry of Health. *Report upon the Inquiry into Options for Dying with Dignity: Social Development Committee*. November 1987.
- British Columbia Ministry of Health, Continuing Care Division. *Death and Dying in Long Term Care Facilities: Operational Guidelines*. August 1989.
- British Columbia, Ministry of Health. *Palliative Care'' Report of the Royal Commissioner on Health Care Costs*. 1991.
- British Columbia, Ministry of Health. *Euthanasia and Physician Assisted Suicide* February 1994.
- Canada, Health and Welfare Canada, Health Services and Promotion Branch. *Palliative Care Services: Report of the Subcommittee on Institutional Guidelines - Guidelines for Establishing Standards*. 1989.
- Canada, Health Canada. *Description of Long-Term Care Services in Provinces and Territories of Canada*, Health Programs and Services Branch, Health Services Directorate: Federal/Provincial/Territorial Subcommittee on Continuing Care. October 1993.
- Canada, Minister of National Health and Welfare. *Douleurs Cancéreuses: Une Monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs, cancéreuses*. Rapport du comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. 1984.
- Great Britain, House of Commons. *Bill 207 - Voluntary Euthanasia: A Bill to enable incurably ill patients to ask for euthanasia and for connected purposes*. June 1993.
- Great Britain, House of Lords. "Lords Rule out Euthanasia." Press Release. February 1994.
- Quebec *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. (Commission Rochon) on) Quebec: Les publications du Québec, 1988.
- The Netherlands, Minister of Justice. *Notification Procedure for the Medical Termination of Life on Request and Without Request as Laid Down by Order in Council* November 1993.
- The Netherlands. *Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Result of an Inquiry and the Government View*.

## Material Received by the Committee

---

New Brunswick Extra-Mural Hospital Corporation. *Summary of Operations*, 1994.

New Brunswick Extra-Mural Hospital. *A Response to the Future*, 1994.

New Brunswick Extra-Mural Hospital. *Thirteenth Annual Report, 1993-1994*.

Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association. *Submission to the Nova Scotia Department of Health - Minister's Action Committee on Health System Reform "Blue Print Committee"*, March 1, 1994.

Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association. *Submission to the Senate Special Committee On Euthanasia And Assisted Suicide* November, 1994.

Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association. *Presentation to the Senate Special Committee On Euthanasia And Assisted Suicide* November, 1994.

Ontario Palliative Care Association. *Brief to the Standing Committee on Social Development - Bill 173 - Long-Term Care, Ontario Palliative Care Association*, August 16, 1993.

Ottawa-Carleton Regional Palliative Care Association *Submission to the Senate Special Committee On Euthanasia and Assisted Suicide* 1994.

Prince Edward Island, Island Hospice Association (IHA), PEI Health & Community Services Agency. *Challenges and Choices: Community Working Together to Meet the Increasing Demand for Palliative Care Services in PEI Into the Next Decade* July 1994.

## Court Decisions

Rodriguez v. British Columbia (Attorney-General) 3 SRC (1993) 519.

Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec et al. 86 D.L.R. (4th) 385

State of Michigan v. Jack Kevorkian "Opinion and Order Concerning the Constitutionality of the Michigan Statute Proscribing Assisted Suicide." December, 1993.

Supreme Court Decision in the Chabot Case. Netherlands. (Dutch only, no English translation.)

## Unpublished Documents

Canadian Palliative Care Association. "Palliative Care: Towards a Consensus in Standardized Practice", First Phase Working Document, September 1994.

Canadian Palliative Care Association. "Palliative Care and HIV/AIDS" Ottawa: Canadian Directory of Services, 1994.

Canadian Palliative Care Association. "Submission to the Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide" May 1994.

Canadian Palliative Care Association. "The Canadian Palliative Care Directory" 1990.

College of Family Physicians of Canada. "CFPC Proposal for a Blended Funding Mechanism" February 1994.

Cuninghame, Keith. "Euthanasia: Research Paper" Britain - Library of Parliament: Research Branch, June 1993.

Dillmann, Robert J. M. "Euthanasia in the Netherlands: the role of the Dutch medical profession." Maastricht, Netherlands: Euroconference on Euthanasia and Assisted Suicide - June 10-11 1994.



- Goldstone, Irene L., Robin Cumming et al. "Patterns of Resource Utilization in AIDS Patients Who Died at Home or in Institutional Care." Amsterdam, Netherlands: VIII International Conference on AIDS. July 1992.
- Hagen, Neil, John Young and Neil MacDonald. "Adoption and Diffusion of Standards of Care for the Assessment and Management of Cancer Pain." Paper submitted to a Symposium Sponsored by the Advisory Committee on Cancer Control, The National Institute of Canada. April 8-10, 1994.
- Keyserlingk, E. W. "'Allowing to Die': Euthanasia, Medically Assisted Suicide." Lecture #8. March 1994.
- Kozak, Jean F. NDRA Database Results on the Topic of Euthanasia. November 1994.
- Legemaate, Johan. "Legal Aspects of Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands 1973-1994." Maastricht, Netherlands: Euroconference on Euthanasia and Assisted Suicide - June 10-11 1994.
- MacDonald, Neil. "The Canadian Palliative Care Curriculum" Canadian Committee on Palliative Care Education Pamphlet. 1991.
- Milton, Neil. "Lessons from *Rodriguez v. A.G. Canada*" Draft Paper submitted to *Issues in Law and Medicine*. May 1994.
- Nay, Robert L. "Euthanasia in Foreign Countries." Law Library of Congress, May 1994.
- Ogden, Russel. "Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and in United States" paper prepared for the 46th Annual Conference of the American Society of Criminology, November 1994.
- R.E.A.C.H. "Death: The Question of Choice" Conference Pamphlet. Resource Educational and Advocacy Centre for the Handicapped. March 11, 1994.
- Reform Party of Canada. Preliminary Results of Polling of Constituents regarding Physician Assisted Suicide. Fall, 1994.
- Smith, Margaret. "The Rodriguez Case: A Review of the Supreme Court of Canada Decision on Assisted Suicide." Background Paper. Library of Parliament: Research Branch, October, 1993.
- Smith, Margaret, Susan Alter and Sandra Harder "Euthanasia and the withdrawal of treatment" Current Issues Bulletin rev. ed. Library of Parliament: Research Branch, October, 1993.
- Sneiderman, Barney. "The Rodriguez Case - Where do we go from here - a Multi-Dimensional Approach." University of Manitoba, March, 1994.
- Spooner, Jeffery B.A. "Canadian Christian Church Perspectives on Requests for Active Voluntary Euthanasia by Terminally Ill Patients." Masters (Religion) Thesis, Carleton University, April 22, 1992
- Tremblay, Linda. "Mourir: Un Droit Fondamental." Thèse. Université Laval, 1990. Université de Montréal. Faculté des études supérieures.
- Walker, Kenneth F. "Heroin for Medical Use: Questions and Answers." Presented to the Ontario Standing Committee on Health, Welfare and Social Justice. June 1984.





## Appendix D

# Chronology of Major Canadian Developments and Events

---

- 1972** Canadian Parliament abolished the offences of suicide and attempted suicide.
- November 1983** Under the direction of Dr. Nachum Gal (a pediatrician at the University of Alberta Hospital), nurse Barbara Howell injected a lethal dose of morphine into a severely brain-damaged infant who had been removed from life-support. Dr. Gal fled to Israel. The government of Alberta unsuccessfully sought the extradition from Israel of Dr. Gal to face murder charges. The Alberta Association of Registered Nurses suspended Barbara Howell for one year and her supervisor for four months.
- July 1983** The Law Reform Commission of Canada released its *Report on Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*. This report recommended against legalizing or decriminalizing voluntary active euthanasia and aiding suicide. It also recommended that the *Criminal Code* be amended so as not to require a physician to undertake or continue to administer medical treatment where the treatment is against the wishes of the person or where the treatment has become therapeutically useless and is not in the best interests of the person. Finally, it recommended that the *Criminal Code* be amended so as not to prevent a physician from undertaking, or to oblige a physician to cease administering, appropriate palliative care intended to eliminate or to relieve the suffering of a person for the sole reason that such care is likely to shorten the life expectancy of that person.
- 1984** A Joint Statement on Terminal Illness was issued by the Canadian Nursing Association, the Canadian Medical Association, the Canadian Hospital Association in co-operation with the Canadian Bar Association and with advice from the Catholic Health Association of Canada and the Law Reform Commission. The statement established a procedure for Do Not Resuscitate (DNR) orders.
- June 1987** The Law Reform Commission of Canada released proposals for amending the *Criminal Code*. These included the recommendation that mercy killing be treated as second-degree murder rather than as first-degree. This second-degree murder would carry no fixed or minimum jail term. The proposals also included the recommendation that individuals who provide palliative care which shortens life should not be subject to penalty under the *Criminal Code*.

- 1989** The Report of the Subcommittee on Institutional Program Guidelines, Guidelines for Establishing Standards, Palliative-Care Services was released.
- 1990** In an interview, Dr. Perry (an NDP MLA) admitted to giving morphine injections to his father who was dying of cancer and admitted that these injections may have hastened his death. The B.C. College of Physicians and Surgeons stated that Dr. Perry simply provided his father with quality palliative care and did nothing wrong since treatment that may coincidentally hasten death is neither illegal or unethical.
- 1990** In *Malette v. Shulman*, the Ontario Court of Appeal upheld the right of a Jehovah's Witness to refuse life-saving blood transfusions and the principle that health care professionals have a duty to respect such a refusal. Further, it upheld the right to refuse (and the duty to respect the refusal of) such transfusions through an advance directive.
- July 4, 1990** In an interview with the Canadian Press, a Vancouver psychologist, David Lewis, publicly admitted to assisting personally in the suicides of eight persons with AIDS. An AIDS patient himself, Lewis later had an assisted death through an overdose of prescription drugs.
- 1991** Health and Welfare Canada and the Canadian Cancer Society released a report entitled "Cancer 2000" a national review of all aspects of cancer. This report made strong recommendations about the development of: regional palliative care centers; a compulsory curriculum for all health care professionals; a specialty in palliative care in both nursing and medicine; and divisions of palliative oncology in every regional cancer centre. It also called on the National Cancer Institute of Canada to end its neglect of the field of palliative care and to take a proactive stand toward palliative care research.
- March 27, 1991** Private Member's Bill C-351, An Act to amend the *Criminal Code* (terminally ill persons), was read for the first time in the House of Commons. The bill died on the Order Paper with the ending of the parliamentary session.
- May 16, 1991** Private Member's Bill C-203, An Act to amend the *Criminal Code* (terminally ill persons), was read for the first time in the House of Commons. On 24 September 1991 it received second reading and was referred to Legislative Committee H for consideration. The Committee began hearings on the bill on 29 October 1991. On 18 February 1992, the Legislative Committee H adjourned *sine die*.



**June 19, 1991**

Private Member's Bill C-261, An Act to legalize the administration of euthanasia under certain conditions, was read for the first time in the House of Commons. On 24 October 1991 it was debated at second reading and dropped from the Order paper.

**November 1991**

The B.C. Royal Commission on Health Care and Costs recommended that the provincial government lobby the federal government for changes to the *Criminal Code* such that the *Code* would recognize: the competent adult patient's right to refuse treatment or demand its cessation and that such a right may be exercised by a duly appointed proxy in cases where the patient is not competent; that terminally ill patients be allowed to request fatal doses of pain medication; s.241(b) of the *Criminal Code* be amended so that aiding the suicide of a terminally ill patient would not be a criminal offence; where consent of a patient is unavailable, the physician should not be under a legal obligation to provide therapeutically useless treatment nor should be criminally liable for the withdrawal of therapeutically useless treatment. To date, these recommendations have not been implemented.

**November 10, 1991**

The B.C. College of Physicians and Surgeons issued a statement against euthanasia after reviewing the deaths of two of Dr. Peter Graff's patients (both patients, one suffering from ALS and one suffering from colon cancer, died of repeated doses of morphine and valium). A provincial coroner's inquiry urged a review of Dr. Graff's actions by the College of Physicians and Surgeons. The College ruled that Dr. Graff's method of treatment was unacceptable and the coroner ruled that both patients died from morphine overdoses. However, no criminal charges were laid.

**January 6, 1992**

The Quebec Superior Court ruled in the case of Nancy B., a woman suffering from an incurable disease, that turning off her respirator at her request and letting nature take its course would not be a criminal offence.

**March 1992**

The Canadian Medical Association released a Policy Summary on Advance Directives for Resuscitation and other Life-Saving or Sustaining Measures. This Summary directed that physicians should assist their patients with these endeavours and they should honour a patient's advance directive unless there are reasonable grounds for not doing so.

**June 1992**

The Corporation Professionnelle des Médecins du Québec (CPMQ) admitted that it had reprimanded a physician after he had given a 38-year-old AIDS patient a lethal injection of potassium phosphate with the consent of the patient and his family. The CPMQ disciplined the physician with three months probation, he was ordered to consult with another doctor within 72 hours of taking on a new patient, and to consult with a colleague before administering large daily doses of morphine. No criminal charges were laid.

**August 1992**

A Toronto nurse, Scott Mataya, entered a guilty plea to a lesser charge of administering a noxious substance. On 23 November 1991 he had been charged with first degree murder in the killing of a terminally ill patient at the Wellesley Hospital. The patient had consented to the withdrawal of his ventilator so that death could occur. The patient began to convulse and vomit and Mataya gave him a lethal dose of potassium chloride. Mataya was convicted and received the maximum three-year probation period, a suspended sentence and was ordered to surrender his nursing licence.

**November 1992**

The Sub-Committee of the Standing Committee on Justice and the Solicitor General on the Recodification of the General Part of the *Criminal Code* heard witnesses on the implications of the *Criminal Code* for health care providers who give effect to the directions of patients to withdraw medical treatment and on the question of physician-assisted suicide.

**December 9, 1992**

Private Member's Bill C-385, An Act to amend the *Criminal Code* (aiding suicide) was read for the first time in the House of Commons. This bill was never debated in Parliament and died on the Order Paper when an election was called.

**1993**

The Canadian Medical Association released *Canadian Physicians and Euthanasia*. This Report was intended to provide information to physicians so that they might develop their own position on the topic.

**1993**

Vancouver newspaper columnist Lyn Cockburn and two of her senior editors were found in contempt of court when they refused to give a coroner's inquest the identity of their source for a 1991 article describing the assisted suicide of a woman with AIDS. The coroner's decision has been referred to judicial review by the British Columbia Supreme Court.

**February 1993**

The Sub-Committee on the Recodification of the General Part of the *Criminal Code* of the Standing Committee on Justice and the Solicitor General recommended that the Minister of Justice conduct a review of the legal and philosophical issues surrounding assisted suicide.

**March 22, 1993**

Members of the House of Commons defeated a motion that called upon the government to consider the advisability of introducing legislation on the subject of euthanasia and ensuring that those assisting terminally ill persons who wish to die will not be subject to criminal liability.

**April 1993**

An Ontario physician who gave a lethal injection to a seriously ill cancer patient was given a three-year suspended sentence after



pleading guilty to a charge of administering a noxious substance. The physician had been charged with second-degree murder.

**September 30, 1993**

In a five to four decision, the Supreme Court of Canada dismissed an appeal by Sue Rodriguez (a woman suffering from the incurable disease of amyotrophic lateral sclerosis) in which she challenged the validity of the *Criminal Code* prohibition on assisted suicide under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. On 29 December 1992 the British Columbia Supreme Court had ruled that section 241 of the *Criminal Code* does not violate the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*. On 8 March 1993, in a 2 to 1 decision, the British Columbia Court of Appeal had dismissed an appeal by Sue Rodriguez with respect to her request for physician-assisted suicide.

**November 3, 1993**

The British Columbia Ministry of the Attorney General issued Crown Counsel Guidelines on Euthanasia and Assisted Suicide.

**February 16, 1994**

Private Members' Bill C-215 was read for the first time in the House of Commons

**August 1994**

The Canadian Medical Association voted against euthanasia.

**September 1994**

A Joint Statement on Advance Directives was released by the Canadian Long Term Care Association, the Canadian Home Care Association, the Canadian Hospital Association, the Canadian Nurses Association, the Canadian Public Health Association, and Home Support Canada (developed in collaboration with the Canadian Bar Association). This statement includes guiding principles for health care facilities when developing cardiopulmonary-resuscitation (CPR) policy, CPR as a treatment option, competence, the treatment decision, its communication, implementation and review, and palliative care and other treatment.

**October 1994**

A Joint Statement on Resuscitative Interventions was released by the Canadian Hospital Association, the Canadian Medical Association, and the Catholic Health Association of Canada (developed in cooperation with the Canadian Bar Association).

**November 1994**

Robert Latimer was given the mandatory minimum sentence of life imprisonment with no possibility of parole for ten years for the second-degree murder of his daughter Tracy. Tracy had been born with a severe form of cerebral palsy and was severely physically and developmentally disabled. In order to end her suffering, Mr. Latimer put Tracy in the cab of his truck and piped the exhaust back into the cab. Tracy died of carbon monoxide poisoning.

**December 1994**

A Halifax couple, Cheryl May Myers and Michael William Power, were given suspended sentences, three years' probation, and 150

hours of community service after they pled guilty to manslaughter for suffocating Ms. Myers' terminally ill father. The pair had been charged with second-degree murder.

**February 1995**

Jean Brush pleads guilty to manslaughter in the death of her husband who was suffering from Alzheimer's. Cecil Brush had expressed his wish to die in July 1994. The judge felt that she had suffered enough and he gave her a non-custodial sentence.

This Chronology draws heavily on: Margaret Smith and Susan Alter (Law and Government Division) and Sandra Harder (Political and Social Affairs Division), "Current Issue Review 91-9E, Euthanasia and Cessation of Treatment," Research Branch, Library of Parliament (6 February 1992, Revised 12 January 1994); and Russel Ogden, "The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying," *Canadian Public Policy* 20:1 (1994) 1-25. Other information was distilled from testimony.



## Appendix E

### Legislative Proposals Previously Introduced in Parliament

---

*A number of Private Members' Bill have been introduced in the House of Commons in relation to euthanasia or assisted suicide. These include*

*Bill C-351 (Mr. Robert Wenman)*

*Bill C-203 (Mr. Robert Wenman)*

*Bill C-261 (Mr. Chris Axworthy)*

*Bill C-385 (Mr. Svend Robinson)*

*Bill C-215 (Mr. Svend Robinson).*

**C-215**

Mr. Robinson (Burnaby- Kingsway)

*An Act to amend the Criminal Code (aiding suicide)*

Introduced and read for the first time - February 16, 1994

Placed on the Order of Precedence - February 22, 1994

Debated at second reading; dropped from the Order Paper - September 21, 1994

**C-385**

Mr. Robinson (Burnaby- Kingsway)

*An Act to amend the Criminal Code (aiding suicide)*

Introduced and read for the first time - December 9, 1992

Prorogation of Parliament

**C-261**

Mr. Axworthy (Saskatoon- Clark's Crossing)

*An Act to legalize the administration of euthanasia under certain conditions to persons who request it and who are suffering from an irremedial condition and respecting the withholding and cessation of treatment and to amend the Criminal Code*

Introduced and read for the first time - June 19, 1991

Placed on the Order of Precedence - September 24, 1991

Debated at second reading; dropped from the Order Paper - October 24, 1991

**C-203**

Mr. Wenman - *An Act to amend the Criminal Code* (terminally ill persons)  
Introduced and read for the first time - May 16, 1991  
Placed on the Order of Precedence - May 16, 1991  
Designated as a votable item - May 31, 1991  
Debated at second reading; read the second time and referred to Legislative Committee H - September 24, 1991

**C-351**

Mr. Wenman - *An Act to amend the Criminal Code* (terminally ill persons)  
Introduced and read for the first time - March 27, 1991  
Prorogation of Parliament



## Appendix F

# Relevant Provisions of the *Criminal Code* and the *Civil Code*

---

### Criminal Code

*The subject areas that were identified as being dealt with, directly or indirectly, in the Code are: (1) pain control and sedation practices (2) withholding and withdrawal of life-sustaining treatment, (3) assisted suicide, and (4) euthanasia. Furthermore, although certain portions of the provisions may not appear to relate directly to the conduct described, the sections have not, for the most part, been abridged in light of the fact that each provision should be read in its entirety in order to better appreciate its purpose.*

#### Consent to Death

14. No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.

#### Surgical Operations

45. Every one is protected from criminal responsibility for performing a surgical operation on any person for the benefit of that person if

- (a) the operation is performed with reasonable care and skill; and
- (b) it is reasonable to perform the operation, having regard to the state of health of the person at the time the operation is performed and to all the circumstances of the case.

#### Duty of Persons to Provide Necessaries

215. (1) Every one is under a legal duty

- (a) as a parent, foster parent, guardian or head of a family, to provide necessities of life for a child under the age of sixteen years;
- (b) as a married person, to provide necessities of life to his spouse; and
- (c) to provide necessities of life to a person under his charge if that person
  - (i) is unable, by reason of detention, age, illness, mental disorder or other cause, to withdraw himself from that charge, and
  - (ii) is unable to provide himself with the necessities of life.

(2) Every one commits an offence who, being under a legal duty within the meaning of subsection (1), fails without lawful excuse, the proof of which lies upon him, to perform that duty, if

- (a) with respect to a duty imposed by paragraph (1)(a) or (b),
  - (i) the person to whom the duty is owed is in destitute or necessitous circumstances, or
  - (ii) the failure to perform the duty endangers the life of the person to whom the duty is owed, or causes or is likely to cause the health of that person to be endangered permanently; or
- (b) with respect to a duty imposed by paragraph 1(c), the failure to perform the duty endangers the life of the person to whom the duty is owed or causes or is likely to cause the health of that person to be injured permanently.

(3) Every one who commits an offence under subsection (2) is guilty of

- (a) an indictable offence and is liable to imprisonment for a term not exceeding two years; or
- (b) an offence punishable on summary conviction.

### **Duty of Persons Undertaking Acts Dangerous to Life**

**216.** Every one who undertakes to administer surgical or medical treatment to another person or to do any other lawful act that may endanger the life of another person is, except in cases of necessity, under a legal duty to have and to use reasonable knowledge, skill and care in doing so.

### **Duty of Persons Undertaking Acts**

**217.** Every one who undertakes to do an act is under a legal duty to do it if an omission to do the act is or may be dangerous to life.

### **Criminal Negligence**

**219. (1)** Every one is criminally negligent who

- (a) in doing anything, or
- (b) omitting to do anything that it is his duty to do,

shows wanton or reckless disregard for the lives or safety of other persons.

(2) For the purposes of this section, “duty” means a duty imposed by law.

### **Causing Death by Criminal Negligence**

**220.** Every one who by criminal negligence causes death to another person is guilty of an indictable offence and is liable to imprisonment for life.

### **Causing Bodily Harm by Criminal Negligence**

**221.** Every one who by criminal negligence causes bodily harm to another person is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding ten years.

### **Homicide**

**222. (1)** A person commits homicide when, directly or indirectly, by any means, he causes the death of a human being.

(2) Homicide is culpable or not culpable.



- (3) Homicide that is not culpable is not an offence.
- (4) Culpable homicide is murder or manslaughter or infanticide.
- (5) A person commits culpable homicide when he causes the death of a human being,
  - (a) by means of an unlawful act,
  - (b) by criminal negligence,
  - (c) by causing that human being, by threats or fear of violence or by deception, to do anything that causes his death, or
  - (d) by wilfully frightening that human being, in the case of a child or sick person.

## **Murder**

### **229. Culpable homicide is murder**

- (a) where the person who causes the death of a human being
  - (i) means to cause his death, or
  - (ii) means to cause him bodily harm that he knows is likely to cause his death, and is reckless whether death ensues or not;
- (b) where a person, meaning to cause death to a human being or meaning to cause him bodily harm that he knows is likely to cause his death, and being reckless whether death ensues or not, by accident or mistake causes death to another human being, notwithstanding that he does not mean to cause death or bodily harm to that human being; or
- (c) where a person, for an unlawful object, does anything that he knows or ought to know is likely to cause death, and thereby causes death to a human being, notwithstanding that he desires to effect his object without causing death or bodily harm to any human being.

## **Classification of Murder**

- 231. (1) Murder is first degree murder or second degree murder.
- (2) Murder is first degree murder when it is planned and deliberate.
- ...
- (7) All murder that is not first degree murder is second degree murder.

## **Manslaughter**

- 234. Culpable homicide that is not murder or infanticide is manslaughter.

## **Punishment for Murder**

- 235. (1) Every one who commits first degree murder or second degree murder is guilty of an indictable offence and shall be sentenced to imprisonment for life.
- (2) For the purposes of Part XXIII [*Punishments*], the sentence of imprisonment for life prescribed by this section is a minimum punishment.

## **Punishment for Manslaughter**

**236.** Every one who commits manslaughter is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for life.

## **Counselling or Aiding Suicide**

**241.** Every one who

- (a) counsels a person to commit suicide, or
- (b) aids or abets a person to commit suicide,

whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

## **Administering Noxious Thing**

**245.** Every one who administers or causes to be administered to any person or causes any person to take poison or any other destructive or noxious thing is guilty of an indictable offence and liable

- (a) to imprisonment for a term not exceeding fourteen years, if he intends thereby to endanger the life of or to cause bodily harm to that person; or
- (b) to imprisonment for a term not exceeding two years, if he intends thereby to aggrieve or annoy that person.

## **Assault**

**265. (1)** A person commits an assault when

- (a) without the consent of another person, he applies force intentionally to that other person, directly or indirectly;
- (b) he attempts or threatens, by an act or a gesture, to apply force to another person, if he has, or causes that other person to believe upon reasonable grounds that he has, present ability to effect his purpose; or

...

(2) This section applies to all forms of assault, including sexual assault, sexual assault with a weapon, threats to a third party or causing bodily harm and aggravated sexual assault.

(3) For the purposes of this section, no consent is obtained where the complainant submits or does not resist by reason of

- (a) the application of force to the complainant or to a person other than the complainant;
- (b) threats or fear of the application of force to the complainant or to a person other than the complainant;
- (c) fraud; or
- (d) the exercise of authority.

(4) Where an accused alleges that he believed that the complainant consented to the conduct that is the subject-matter of the charge, a judge, if satisfied that there is sufficient evidence and that, if believed by the jury, the evidence would constitute a defence, shall instruct the jury, when reviewing all the evidence relating to the determination of the honesty of the accused's belief, to consider the presence or absence of reasonable grounds for that belief.



**266.** Every one who commits an assault is guilty of

- (a) an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding five years, or
- (b) an offence punishable on summary conviction.

### **Assault Causing Bodily Harm**

**267. (1)** Every one who, in committing an assault,

...

- (b) causes bodily harm to the complainant,

is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding ten years.

(2) For the purposes of this section and sections 269 and 272, “bodily harm” means any hurt or injury to the complainant that interferes with the health or comfort of the complainant and that is more than merely transient or trifling in nature.

### **Aggravated Assault**

**268. (1)** Every one commits an aggravated assault who wounds, maims, disfigures or endangers the life of the complainant.

(2) Every one who commits an aggravated assault is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

### **Unlawfully Causing Bodily Harm**

**269.** Every one who unlawfully causes bodily harm to any person is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding ten years.

### **Sentence of Life Imprisonment**

**742.** Subject to s.742.1 [*Power of court to delay parole*], the sentence to be pronounced against a person who is to be sentenced to imprisonment for life shall be

(a) in respect of a person who has been convicted of high treason or first degree murder, that he be sentenced to imprisonment for life without eligibility for parole until he has served twenty-five years of his sentence;

(a.1) in respect of a person who has been convicted of second degree murder where that person has previously been convicted of culpable homicide that is murder, however described under this Act, that he be sentenced to imprisonment for life without eligibility for parole until he has served twenty-five years of his sentence;

(b) in respect of a person who has been convicted of second degree murder, that he be sentenced to imprisonment for life without eligibility for parole until he has served at least ten years of his sentence or such greater number of years, not being more than twenty-five years, as has been substituted therefore pursuant to section 744; and

(c) in respect of a person who has been convicted of any other offence, that he be sentenced to imprisonment for life with normal eligibility for parole.

## **Civil Code**

### **Title Two Certain Personality Rights**

#### **Chapter I Integrity Of The Person**

**Art. 10** Every person is inviolable and is entitled to the integrity of his person.

Except in cases provided for by law, no one may interfere with his person without his free and enlightened consent.

#### **Section I Care**

**Art. 11** No person may be made to undergo care of any nature, whether for examination, specimen taking, removal of tissue, treatment or any other act, except with his consent.

If the person concerned is incapable of giving or refusing his consent to care, a person authorized by law or by mandate given in anticipation of his incapacity may do so in his place.

**Art. 12** A person who gives his consent to or refuses care for another person is bound to act in the sole interest of that person, taking into account, as far as possible, any wishes the latter may have expressed.

If he gives his consent, he shall ensure that the care is beneficial notwithstanding the gravity and permanence of certain of its effects, that it is advisable in the circumstances and that the risks incurred are not disproportionate to the anticipated benefit.

**Art. 13** Consent to medical care is not required in case of emergency if the life of the person is in danger or his integrity is threatened and his consent cannot be obtained in due time.

It is required, however, where the care is unusual or has become useless or where its consequences could be intolerable for the person.

**Art. 14** Consent to care required by the state of health of a minor is given by the person having parental authority or by his tutor.

A minor fourteen years of age or over, however, may give his consent alone to such care. If his state requires that he remain in a health or social services establishment for over twelve hours, the person having parental authority or tutor shall be informed of that fact.



**Art. 15** Where it is ascertained that a person of full age is incapable of giving his consent to care required by his state of health, consent is given by his mandatory, tutor or curator. If the person of full age is not so represented, consent is given by his spouse or, if he has no spouse or his spouse is prevented from giving consent, it is given by a close relative or a person who shows a special interest in the person of full age.

**Art. 16** The authorization of the courts is necessary where the person who may give consent to care required by the state of health of a minor or a person of full age who is incapable of giving his consent is prevented from doing so or, without justification, refuses to do so; it is also required where a person of full age who is incapable of giving his consent categorically refuses to receive care, except in the case of hygienic care or emergency.

The authorization of the court is necessary, furthermore, to cause a minor fourteen years of age or over to undergo care he refuses, except in the case of emergency if his life is in danger or his integrity threatened, in which case the consent of the person having parental authority or the tutor is sufficient.

**Art. 17** A minor fourteen years of age or over may give his consent alone to care not required by the state of his health; however, the consent of the person having parental authority or of the tutor is required if the care entails a serious risk for the health of the minor and may cause him grave and permanent effects.

**Art. 18** Where the person is under fourteen years of age or is incapable of giving his consent, consent to care is not required by his state of health is given by the person having parental authority or the mandatory, tutor or curator; the authorization of the court is also necessary if the care entails a serious risk for health or if it might cause grave and permanent effects.

**Art. 19** A person of full age who is capable of giving his consent may alienate a part of his body *inter vivos*, provided the risk incurred is not disproportionate to the benefit that may reasonably be anticipated.

A minor or a person of full age who is incapable of giving his consent may, with the consent of the person having parental authority, mandatory, tutor or curator and with the authorization of the court, alienate a part of his body only if that part is capable of regeneration and provided that no serious risk to his health results.

**Art. 20** A person of full age who is capable of giving his consent may submit to an experiment provided that the risk incurred is not disproportionate to the benefit that can reasonably be anticipated.

**Art. 21** A minor or a person of full age who is incapable of giving his consent may be submitted to an experiment only in the absence of serious risk to his health and of objection on his part, provided that he understands the nature and consequences of the act; the consent of the person having parental authority or of the mandatory, tutor or curator is necessary.

An experiment may be carried out on one person alone only if a benefit to the health of that person may be expected, and the authorization of the court is necessary.

An experiment on a group of minor persons or incapable persons of full age shall be carried out within the framework of a research project approved by the Minister of Health and Social Services, upon the advice of an ethics committee of the hospital designated by the Minister or of an ethics committee created by him for that purpose; in addition, such an experiment may be carried out only if a benefit to the health of persons of the same age group and having the same illness or handicap as the persons submitted to the experiment may be expected.

Care considered by the ethics committee of the hospital concerned to be innovative care required by the state of health of the person submitted to it is not an experiment.

**Art. 22** A part of the body, whether an organ, tissue, or other substance, removed from a person as part of the care he receives may, with his consent or that of the person qualified to give consent for him, be used for purposes of research.

**Art. 23** When the court is called upon to rule on an application for authorization with respect to care, the alienation of a part of the body, or an experiment, it obtains the opinions of experts, of the person having the parental authority, of the mandatary, of the tutor or the curator and of the tutorship council; it may also obtain the opinion of any person who shows a special interest in the person concerned by the application.

The court is also bound to obtain the opinion of the person concerned unless that is impossible, and to respect his refusal unless the care is required by his state of health.

**Art. 24** Consent to care not required by a person's state of health, to the alienation of a part of a person's body, or to an experiment shall be given in writing.

It may be withdrawn at any time, even verbally.

**Art. 25** The alienation by a person of a part or product of his body shall be gratuitous; it may not be repeated if it involves a risk to his health.

An experiment may not give rise to any financial reward other than the payment of an indemnity as compensation for the loss and inconvenient suffered.



## Appendix G

### Sample Amendment Proposals

---

*During the course of its study the Committee received a number of proposals for amendments to the Criminal Code.*

#### 1. Prof. Bernard M. Dickens (Excerpt from brief presented to the Special Committee)

1. Assisted suicide should be accommodated under the *Criminal Code* by the introduction of an exception to section 241(b). Counselling should remain punishable under section 241(a).

2. A person physically incapable of suicide should be able to apply to a court under comparable guidelines to those proposed by Chief Justice Lamer in the *Rodriguez* case in order to be permitted to die with the assistance of another. This would require an exception to section 14 of the *Criminal Code*, which provides as follows:

14. No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.

3. The presiding judge, in each case, would give a specified person a discretion, as opposed to a duty, to act; that is, the applicant would have no “right-to-die”, and the specified person would have no “duty to kill”.

4. The condemnation of killing without or outside the scope of judicial approval, as described in paragraph 2 above, would be practically reinforced by introduction of a more sensitive category of indictable third degree murder for which the punishment, like that for manslaughter and criminal negligence causing death, would be up to life imprisonment. The judge would cater the punishment on conviction to the evidence of the circumstances. A person charged with first or second degree murder could be convicted of third degree murder on evidence that establishes a killing following the victim’s competent request made outside a judicial approval. Killing, without the grant of a request, would remain punishable probably as first degree murder. A category of third degree murder might better preserve the balance than existing law between the public’s assurance of the protection of vulnerable human life and the recognition of non-malicious but misguided infliction of death.



#### 2. Eike-Henner Kluge, *Proceedings*, September 27, 1994, Issue no. 15, pp. 39-43.

“I would therefore suggest to this Committee that a possible restructuring of the *Criminal Code* in this matter might proceed as follows:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 215, 216 and 217 and other relevant sections of the *Criminal Code* shall be interpreted as

- (a) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person who competently requests that such treatment not be commenced or continued;
- (b) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person who has previously made a competent determination that such treatment not be commenced or continued and who has not revoked such determination;
- (c) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person when a duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, formally requests that such treatment not be commenced or continued; or
- (d) preventing a qualified medical practitioner from commencing or continuing to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person, except where
  - (i) that person competently requests or has competently requested that such measures not be undertaken if these measures have a life shortening effect; or
  - (ii) the duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, requests that such measure not be undertaken if these measures have a life shortening effect.

“I would further recommend that this Committee accept in its wisdom that several new sections be added to the *Criminal Code*, to read as follows:”

xxx.1 Notwithstanding anything in section 14, 45, 215, 216, 217 or any other relevant section, no qualified medical practitioner commits an offence set out in those sections where the practitioner

(a) does not commence or continue to administer

- (i) surgical or medical treatment to a person who competently and formally requests that such treatment not be commenced or continued;
- (ii) surgical or medical treatment to a person who has previously made a competent determination that such treatment not be commenced or continued and who has not revoked such determination;
- (iii) surgical or medical treatment to a person when a duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, formally requests that such treatment not be commenced or continued;

or

(b) commences or continued to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person, except where

- (i) that person competently requests or has competently requested that such measures not be undertaken if these measures have such a life shortening effect, or
- (ii) the duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, requests that such measure not be undertaken if these measures have a life shortening effect.

xxx.2 In the event that the life of the person will or is likely to be shortened by the use of palliative measures involving medications or similar means, and the time-span of this shortening exceeds what would normally be expected using appropriate and recognized palliative measures, the case shall be subject to review by an independent body consisting of a



physician having no connection with any party involved in the case, a member of the Attorney General's Department of the jurisdiction in which the death has occurred, and an independent member of the public having training in ethics.

xxx.3 If this independent body finds that the event was not in accordance with the competently expressed wishes of the patient or in accordance with appropriate standards of proxy decision-making, as the case may be, the otherwise relevant provisions of the *Criminal Code* shall apply.

Further, since the Supreme Court agreed, in unanimous fashion, that Section 241(b) of the *Criminal Code* violates Section 15 of the *Charter of Rights*, since the proposals by Chief Justice Lamer of the Supreme Court of Canada and Chief Justice McEachern of the British Columbia Court of Appeals, each in their own fashion, would meet the requirements set out in Section 1 of the *Charter* I would urge this Committee to agree that Section 241(b) of the *Criminal Code* should be struck down as not being saved by Section 1 itself.

Further, I would urge this Committee to consider the following as a draft proposal for a voluntary euthanasia statute:

yyy.1 If a person suffers from an incurable and irremediable disease or medical condition, and if that person experiences the disease or condition as violating the fundamental values of that person, then

(a) that person may make application to a superior court for permission to request the assistance of a physician in terminating his life as quickly and as painlessly as possible in keeping with the fundamental values of that person; and

(b) on presentation of evidence by an independent psychiatrist and the attending physician that the person making the request is competent to do so, the court shall hear such a request as expeditiously as possible.

yyy.2 The court, upon due consideration of the mental physical state of the person requesting permission under yyy.1, and of that person's fundamental values; and taking due account of the medical nature of the affliction of the person requesting such assistance, may grant such an application.

yyy.3 Any permission granted under sec.yyy.2

(a) shall be registered with the regional coroner of the relevant jurisdiction;

(b) shall be for a period of six months; and

(c) shall include an order that there shall be due notification of the coroner if such a permission has been acted upon.

yyy.4 Any physician acting upon a permission granted under sec. yyy.2 an in accordance with the wishes of the person making the request under yyy.1, shall use such measures as he deems, upon due consideration, to be appropriate for terminating the life of that person as quickly and painlessly as possible.

yyy.5 Any physician acting upon a permission granted under secs. yyy.2, yyy.3 and yyy.4, and acting in accordance with the provisions set out therein, shall be deemed not to have committed an offence within the meaning of this Act.

zzz.1 Any person who suffers from an incurable and irremediable disease or medical condition, and who, by reason of incompetence, is unable to make application to a court as allowed under sec. yyy.1, may have such application made for him by a duly empowered proxy decision-maker using appropriate standards of proxy decision-making.

zzz.2 Any application brought under sec. zzz.1 shall be treated by the court as though it was an application brought by the incompetent person on his own behalf.

zzz.3 In considering an application brought under sec. zzz.1, the court shall have due regard to the previous competently expressed wishes and values of the now incompetent person, if that person was previously competent.

zzz.4 In the event that such values cannot be satisfactorily ascertained, the court shall use the values and standards currently accepted by Canadian society, where the nature of these values and standards shall be determined by the court in consultation with

- (a) a duly empowered representative of an association for handicapped persons;
- (b) a practising physician;
- (c) a practising nurse;
- (d) a person having expertise in biomedical ethics; and
- (e) a member of the public at large.

zzz.5 In the event that an application brought under sec. zzz.1 is on behalf of a person who has never been competent, the court shall use the values and standards currently accepted by society, where these values shall be determined as under sec. zzz.4.



### **3. Law Reform Commission, Euthanasia, aiding suicide, and cessation of treatment, Report 20, July, 1983.**

#### **1. Euthanasia**

The Commission does not favour the legalization of euthanasia in any form. That is the view expressed in the following two recommendations, both discussed earlier in the Report:

**The Commission recommends against legalizing or decriminalizing voluntary active euthanasia in any form and is in favour of continuing to treat it as culpable homicide.**

**The Commission recommends that mercy killing not be made an offence separate from homicide and that there be no formal provision for special modes of sentencing for this type of homicide other than what is already provided for homicide.**

#### **II. Aiding Suicide**

The Commission does not favour decriminalizing the offence of aiding or counselling suicide. In Working Paper No. 28 it tentatively recommended that, "[n]o person shall be prosecuted for an offence under the present section without the personal written authorization of the Attorney General". However, in this Report, for reasons explained earlier, the Commission has omitted that particular recommendation. On the subject of aiding or counselling suicide, the following recommendation expresses the Commission's final position:

**The Commission recommends that aiding suicide not be decriminalized, and that section 224\* of the *Criminal Code* be retained in its present form.**



### III. Cessation and Refusal of Treatment

The Commission recommends the following amendments to the *Criminal Code*: —

**199.1 Nothing in sections 14, 45, 198, 199 and 229 shall be interpreted as requiring a physician**

**(a) to continue to administer or to undertake medical treatment against the expressed wishes of the person for whom such treatment is intended;**

**(b) to continue to administer or undertake medical treatment, when such treatment has become therapeutically useless in the circumstances and is not in the best interests of the person for whom it is intended.**

This provision is essentially similar to what the Commission proposed in Working Paper 28. The few changes which have been made merit brief commentary.

The addition of section 229 to the proposed section was made at the suggestion of one of the legal groups consulted. Section 229 of the *Criminal Code* creates the offence of administering noxious things or poison to someone. Although it is highly unlikely that this provision would be applied in medical matters, it was thought advisable to include it since it is at least potentially applicable.

The adverb “clearly” has been removed from both paragraphs of the proposed provision. In the Working Paper both paragraphs referred to, “...the clearly expressed wishes...”. Representatives of one of the provincial Bars convinced us that this word did not actually add anything and threatened to create difficulties in interpretation. Accordingly, we have omitted it from the final version.

Many of our correspondents criticized the use of the expression, “medically useless treatment”, in the amendment proposed by the Working Paper. It was suggested that this expression has an excessively pejorative connotation used in this context. In that it implies that the general practice in medicine is to provide extraordinary treatment, or to “overtreat”.

A treatment which is initially medically useful may become useless at a certain later point from the therapeutic perspective. To better express the idea that treatment is a continuum and to underline the notion that at a certain point in time the same treatment can become useless in terms of curing or improving the patient’s condition, we changed the expression “medically useless treatment”, to, “treatment [that] has become therapeutically useless”. The word “therapeutically” is used here in its ordinary sense, that is, the intention is therapeutic when the aim is to treat the patient for the purpose of curing or ameliorating his condition.

It should be noted that we have retained as an additional condition, that the treatment in question is not required if it is not in the best interests of the patient. It can happen that a treatment that has become therapeutically useless, may nevertheless be justified on the grounds of patient interests other than treatment of the medical problem as such. The patient may, for example, wish more time in order to see a relative for one last time, prepare a will or put his or her affairs in order. These would be examples of what in our view can constitute the “best interests” of the patient in this context.

In response to another comment we decided to eliminate the phrase “... except in accordance with the expressed wishes of this person” from the second paragraph. It was felt that that phrase might have been wrongly interpreted to mean that a physician who refused to consent to a patient’s express desire for a treatment that was medically counter-indicated in the circumstances could be held criminally liable just for not continuing it.

Basically, then, the proposed amendment incorporates the Commission’s major recommendations. The first paragraph merely expresses the present legal rule. Patients are masters of their own decisions concerning

themselves. If they have expressed a desire to discontinue treatment already in progress or not to undergo treatment, physicians must then respect that decision. This expression of will is a question of fact. The patient can express it orally or in writing, the latter for example by means of a "living will". Though such living wills are without any binding legal effect in Canadian jurisdictions, they may nevertheless serve as a basis for the interpretation of a patient's wishes. Sanctions that might be imposed on the physician if he bypasses the patient's wishes are already contained in various provisions of the *Criminal Code*. In any case, he could be charged with assault.

The second paragraph states the principle that a physician cannot be charged under the provisions of the *Criminal Code* if he ceases to administer a treatment or decides not to administer a treatment which, in the circumstances, has become therapeutically useless and not in the patient's interest. This would be the case, for example, where artificial ventilation was continued for a patient whose cerebral functions had already undergone irreversible cessation.

This would also be the case when a physician who, in order to avoid prolonging the death agony of one of his patients, decides to discontinue antibiotics being given to treat his pneumonia. A further example would be the case of a surgeon who decides not to operate to correct a newborn's deformity because, even if the operation were successful, the infant could not survive his other medical problems.

For reasons explained earlier, this provision applies equally to competent and incompetent patients. Moreover, it does not spell out in detail how the physician should make the decision nor who should be consulted. To comply with the general criminal law standard, those details are not relevant, as long as it can be shown that the treatment was therapeutically useful in the circumstances, made in the best interests of the patient, and not against that patient's wishes.

**199.2 Nothing in sections 14, 45, 198, 199 and 229 shall be interpreted as preventing a physician from undertaking or obliging him to cease administering appropriate palliative care intended to eliminate or to relieve the suffering of a person, for the sole reason that such care or measures are likely to shorten the life expectancy of this person.**

As explained above, this provision is intended to eliminate any ambiguity concerning the administration of palliative care. Thanks to a very pertinent suggestion by a medical association, the only change from the Working Paper formulation of this proposed subsection, is a slight grammatical modification in the wording to make it clear that the *Code* sections should not be interpreted as obliging a doctor to cease palliative care already commenced.

This proposal simply expresses the idea that the physician's duty is to provide patients with appropriate palliative care when further therapeutic treatment would serve no purpose. For palliative purposes, the appropriate use of drugs, medication or other pain control treatment is legal and legitimate even if they may have the effect of shortening the patient's life expectancy.

<p>* These sections of the <i>Criminal Code</i> have been renumbered since the Report of the Law Reform Commission in 1983.</p>
---



## Appendix H

### Suggested Procedural Guidelines

---

#### **R. v. Rodriguez - Supreme Court of Canada per Chief Justice Lamer [1993] 3 S.C.R. 519-579 (Dissenting judgment)**

1. An application must be made to a superior court for permission to terminate one's life.
2. The applicant must be certified by a treating physician and independent psychiatrist to be competent to make the decision to end her own life, and the physicians must certify that the applicant's decision has been made freely and voluntarily.
3. At least one of the physicians must be present with the applicant at the time the applicant commits assisted suicide.
4. The physicians must also certify that the applicant is or will become physically incapable of committing suicide unassisted, and that they have informed the applicant that he or she has a continuing right to change his or her mind about the decision to terminate life.
5. The Regional Coroner must be given notice and an opportunity to be present at the examination of the independent psychiatrist.
6. The applicant must be examined daily by one of the certifying physicians to ensure that he or she still wants to take his or her own life.
7. The constitutional exemption will expire if the dying person has not exercised the option within 31 days from the date of examination by the independent psychiatrist.
8. The act causing the death of the applicant must be that of the applicant him or herself, and not of anyone else.

#### **Commentary**

The Chief Justice indicated that his suggested conditions were tailored to meet the particular circumstances of Sue Rodriguez and while they could serve as guidelines for future petitioners in similar circumstances, each application would have to be considered in its own individual context.

Mr. Justice Cory concurred with the Chief Justice's proposed guidelines. Madam Justice McLachlin also concurred, for the most part, with the conditions as set out by the Chief Justice. However, she was of the view that some of the conditions he proposed might not be essential in all cases. She stated that the necessary conditions could vary from case to case. The critical requirement, in all applications, would be that the applicant freely and voluntarily consent to the assisted suicide.



**R. v. Rodriguez - British Columbia Court of Appeal per Chief Justice McEachern (1993) 76 BCLR (2d) 145-168(Dissenting judgment)**

1. An application must be made to a superior court for permission to terminate one's life.
2. The applicant must be mentally competent to make a decision to end his or her own life. Such competence must be certified in writing by a treating physician and by an independent psychiatrist who has examined the applicant not more than 24 hours before arrangements are put in place which will permit the life termination and such arrangements must only be operative while one of the said physicians is actually present with the person. (The certificate must include the professional opinion of the physicians that, not only is the applicant competent, but also that, in the opinion of such physicians, the desire to end his or her life is sincere and that the decision has been reached of the applicant's own free will without pressure or influence from any source other than the present circumstances. There must be some assurance that the individual has not changed his or her mind since making the earlier declarations.)
3. The applicant must be terminally ill and near death and there must be no hope of recovering. A condition should be that the applicant is or, but for medication, would be suffering unbearable physical pain or severe psychological distress. The applicant must be informed and must fully understand that he or she has a continuing right to change his or her mind about terminating life. The physicians must also indicate when, in their opinion, the applicant would likely die: (a) if palliative care is being or would be administered, and (b) if palliative care is not being administered.
4. Not less than 3 days before any psychiatrist examines the individual for the purposes of preparing the said certificate, notice must be given to the Regional Coroner for the area or district where the individual is to be examined, and the Regional Coroner or his or her nominee, who must be a physician, may be present at the examination of the person by a psychiatrist in order to be satisfied that the person does, indeed, have mental competence to decide and did, in fact, decide to terminate his or her life.
5. One of the physicians giving any certificate as aforesaid must re-examine the person each day after the above-mentioned arrangements are put in place to ensure that the person does not evidence any change in his or her intention to end life. If the suicide is carried out, such physician must furnish a further certificate to the Coroner confirming that, in his or her opinion, the person did not change his or her mind.
6. No one may assist the person to attempt to commit suicide or to commit suicide after the expiration of 31 days from the date of the first mentioned certificate and, upon the expiration of that period, any arrangements made to assist the person to end his or her life must immediately be made inoperative and discontinued. This is to ensure that the person has not changed his or her mind since the time of examination by a psychiatrist.
7. The act actually causing the death of the person must be the unassisted act of the person him or herself, and not of anyone else.

**Commentary**

Mr. Justice McEachern cautioned that the above-mentioned conditions were intended only as guidelines that could be modified depending upon the circumstances of each case.

**Canadian AIDS Society (Excerpt from brief presented to the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide)**

1. Committees should be established to review all end-of-life options.



2. The state of mind of each patient must not involve depression at the time the decision to end life is made.
3. The physicians and counsellors assisting in the death of the patient should have known the person being assisted for a considerable period of time prior to any agreement to assist.
4. The person seeking death should make the request repeatedly over a period of time.
5. Death should be imminent.

## Commentary

The foregoing guidelines were derived from a select group of the members of the Canadian AIDS Society who had taken part in a study conducted by the Canadian AIDS Society of its own members. Those proposing the above safeguards were interviewees who supported a legalization of euthanasia under specified circumstances.



## Choice in Dying, Ottawa (Excerpt from brief presented to the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide on Wednesday, June 1, 1994)

1. Guidelines should be created with the right to self-determination being the primary consideration of any forthcoming legislation.
2. More specifically, any reform of the present laws should recognize the right to self-determination and should remove all threat of criminal sanctions for those who assist others in exercising this right.
3. Every person should have the right to:
  - (a) accept or refuse any or all medical treatment, or continuation of it.
  - (b) accept or refuse artificial life support, such as artificial methods of feeding, and maintenance of breathing and heart activity.
4. Every person who is suffering from a terminal or incurable illness should have the right to:
  - (a) decide what level of suffering is bearable;
  - (b) request and receive professional aid to hasten death, if the request is made clearly and consistently in a way that leaves no doubt about the person's wishes.
5. Advance directives should be legally recognized and followed in the event of a patient becoming mentally or physically incapable.
6. No person should be obliged to assist in the giving of aid to hasten death, but if a professional caregiver exercises the right to decline, it creates, in that same person, the obligation to refer the patient to an alternative qualified person who is willing to comply with the patient's wishes.
7. It should be a recognized duty of medical and palliative care professionals to ensure that "sympathetic" but "impartial" counselling is made available as to the full range of options open to patients. Notwithstanding the importance of counselling the patient, should a patient not wish to be counselled, then that wish must be respected.
8. Only voluntary euthanasia, which is consistent with the principle of self-determination in medical treatment, should be made legal. However, where a presently competent individual had requested voluntary euthanasia, by way of an advance directive, this request should be considered valid, provided the circumstances of its application are clearly outlined.

9. Relatives and others should be permitted to be present during the suicide without risk of penal sanctions.
10. Some form of counselling should be made available to patients dying at home as well as to patients dying in hospitals.



**Dying With Dignity (Excerpt from brief presented to the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide)**

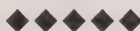
1. A request for physician-assisted death must be made by a person voluntarily and repeatedly. The request must be documented and, if possible, witnessed. The request may be in the form of a living will, durable power of attorney for health care, voluntary euthanasia declaration, or any other form of directive whether in verbal, written, or electronic form.
2. Persons competent to make treatment decisions for themselves should be presumed competent to make a request for physician-assisted death. A psychiatric or psychological assessment may be requested by the physician to confirm competency.
3. A request may be made by any competent person who is either terminally ill or in a state of chronic irreversible illness wherein the suffering, from the point of view of that person, is unbearable.
4. The person must be fully informed of all treatment options, including palliative care, and that he or she is free to change his or her mind at any time by revoking the request for physician-assisted death either verbally, in writing, or by electronic means.
5. The person's family or others designated by the person should be informed of the request to die but the final decision must be made by the person seeking death.
6. One physician, preferably the primary care physician of the person, and at least one other health care worker who has known the person for a reasonable length of time, must be consulted and must concur with the diagnosis and prognosis. (It may not always be possible to have the opinion of a second physician. In these circumstances, the other health care consultant could be a nurse, nurse practitioner, social worker or chaplain.)
7. Where possible, a team consultative approach is advisable provided there would be no risk of undue delay or suffering to the person making the request. Consensus is not essential but there must be an awareness that the person requesting assisted death is fully informed and understands the implications of the request.
8. A request by a person for physician-assisted death shall not be acted upon for at least five days after the request is made or such greater time agreed upon by the person and his or her physician. Where the person requesting physician-assisted death would be required to endure unreasonable pain or physical or psychological suffering, the five-day period may be reduced.
9. A physician, preferably the primary care physician, must always be present when the physician-assisted death is carried out and must bring about the death in the most humane and compassionate manner possible.
10. No physician shall be obliged to provide assistance. However, a physician who refuses to assist should refer the person to another qualified physician who would be prepared to act on the person's request.
11. All persons receiving physician-assisted dying must have been legal residents of Canada for at least six months.



12. Every act of physician-assisted dying must be fully documented and reported by the physician to a local coroner and a representative of the federal Ministry of Justice within 30 days from the death of the person.

13. Representatives of the federal Ministry of Justice should review each case of physician-assisted death and report annually to Parliament.

14. Parliament must ensure that the policy of physician-assisted death enacted by Parliament is being adhered to and must determine whether further safeguards are required.



**Mr. Yvon Bureau (Testimony before the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, Wednesday, May 4, 1994)**

1. The prohibitions against acts of euthanasia and assisted suicide should be maintained in the *Criminal Code* for a period of four years.

2. The proscription against assisted suicide in cases where the individual requesting death is in the final stages of life should be removed from the *Criminal Code*. Further, assistance in voluntary dying should not be considered murder or homicide since there is no victim.

3. An amendment should be made to the *Criminal Code* explicitly addressing the question of assistance in voluntary dying for persons in the final stages of their lives and penalties should be provided for persons found guilty of such practices.

4. The House of Commons should pass a statute, in 1995, providing that physicians who practise euthanasia or assistance in voluntary suicide on a person who is at the end of his or her life and who have complied with the strict and specific framework set out with regard to such practices will not be prosecuted and convicted.

5. The Department of Health and Welfare Canada, in cooperation with the provincial departments of health, should establish as soon as possible guidelines for the practice of assistance in voluntary dying. The Dutch model may be of interest in this regard. However, the procedures set out in the Netherlands for dealing with persons incapable of consenting to or refusing terminal care should not be considered at all, particularly for persons who have not drafted some form of living will.

6. Every provincial department of health should adopt a policy on special care and attention for all dying persons in 1995. Every health and social services institution should do the same during the course of that year.

7. The responsibility for providing adequate information on the advantages, disadvantages, risks and alternatives to the numerous possible treatment alternatives should be assigned to all health care institutions through their teams of professionals and not to one profession alone. The risk of abuse will be greatly reduced if the responsibility for decision-making lies with an entire multidisciplinary team.

8. Every provincial department of health should strongly recommend that all its institutions inform their users of their rights and responsibilities to refuse and request cessation of treatment. They should also be made aware of their right to die without pain. An advertising campaign should be conducted for this purpose as soon as possible.

9. Users of the health care institutions should be informed about the ways in which they may express their last wishes. They must be made aware that they should appoint others to ensure that their wishes are honoured.

10. A specific section concerning the patient's last wishes should be made in each patient's file and these files should be kept with the various health care institutions. The last wishes of a patient may, for example, be expressed through a living will, or a power of attorney in case of incapacity.

11. The Department of Health and Welfare Canada should invest several billions of dollars to enable all persons who so wish to die at home. This investment will produce enormous returns on all levels.

12. Every provincial department of health should establish a 24-hour 1-800 number to answer questions of dying persons and their families and caregivers on their rights, duties, responsibilities and freedoms. In Quebec, Info-Santé could provide this service.

13. The dying persons should be the focus of the information and decision-making process, notwithstanding any declaration of incompetence to make decisions. The dying person and his or her freedom should take precedence over treatment. The main concern that should lie with health care professionals should be to ensure that free and informed consent or refusal for every treatment offered is obtained and that consent or refusal is honoured in all cases.

14. The consent of the patient's family should be obtained but it should not be mandatory or necessary. A minimal age should be established whereby the family of the patient would not have the right to be informed or to make treatment decisions without authorization from the dying patient.

### **Commentary**

The above-noted proposals, according to Mr. Bureau, would ensure that it would still be possible to prosecute and convict persons who have not complied with the preconditions established for the practices of euthanasia and assistance in dying to be permitted. Expressing free and informed consent or refusal through advanced directives would be recognized as would a power of attorney for the incapacitated. Quality of life would no longer be determined by the number of treatments provided. The dying person would be in a position to decide what is an acceptable quality of life for him or herself. In this way, there would be fewer conflicts of interest for health care professionals and a reduction in the administration of unnecessary treatments for the terminally ill.



**Mr. Russel D. Ogden (Excerpt from paper prepared for the American Society of Criminology Conference entitled "Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and the United States" at p.15)**

### **Commentary**

Mr. Ogden proposed certain minimal safeguards that, in his view, would be essential to incorporate in any form of right-to-die legislation.

1. The patient must give informed consent.

2. There must be a clinical consensus concerning the prognosis for the patient.

3. Counselling should be available for the patient and other persons involved with respect to the following: possible treatment alternatives, the diagnosis and prognosis, the consequences of the aid-in-dying procedure, the underlying motivation for requesting euthanasia, and alternative care environments.



4. An assessment should be required regarding the possible presence of treatable depression.
5. The voluntary participation of the patient and his or her physicians is necessary.
6. An ethical review should take place in all cases.
7. There should be waiting period restrictions.
8. The implementation of the aid-in-dying procedure should be supervised.
9. An independent third party should witness the application for aid-in-dying.
10. Restrictions should be placed on who is eligible to request aid-in-dying.
11. Requests for aid-in-dying and acts of aid-in-dying should be reported in all cases.
12. A formal review mechanism should be established.



**The Humanist Association of Canada (Excerpt from brief presented to the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide)**

1. All health care facilities must be required to provide, in addition to physical care, adequate psychological and emotional support to all patients and, in particular, to those who are seriously ill or incapacitated.
2. Requesters for assisted suicide should be conscious and able to affirm or re-affirm the desire to die.
3. The desire to terminate the life of the individual could be expressed in writing, on audiotape, or by any other method that would clearly indicate the wishes of the requester.
4. Independent witnesses should be present.
5. The requester must have made the same request repeatedly and must have been counselled regarding the implications of the decision being made.
6. A physician who assists in a suicide must be required to document, in consultation with other medical personnel, the circumstances in which the requester came to ask for assistance in dying.
7. Where possible, the mechanism causing death should be such that the requester may trigger that mechanism of his or her own accord.
8. Ultimately, the decision to die and the time and manner of death should rest entirely with the requester.



**Mr. Réjean Carrier (Testimony before the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, Wednesday, April 27, 1994.)**

**Commentary**

Mr. Carrier is an opponent of euthanasia and, as such, he did not propose any comprehensive list of guidelines. However, he did, informally, suggest some conditions that, in his view, would be essential if the present laws were to be changed at some point.

1. The patient must fail to respond to medication for controlling physical pain.

2. The attending physician should make this diagnosis (non-responsive to medication) with another physician(s).
3. The patient should describe the suffering as intolerable.
4. The decision to respond positively to a request for euthanasia should be made by an interdisciplinary team.
5. The interdisciplinary team should be composed of people of various or similar professions that interact with each other in order to decide on the best course of action in each case.
6. National standards should not be developed for dealing with exceptional cases where palliative care is not effective. A lack of criteria in this regard would force institutions to find solutions, quite apart from euthanasia and assisted suicide, that may be acceptable.



**Mr. R. Scott Rowand (Testimony before the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, June 8, 1994)**

1. Any legalization of euthanasia and assisted suicide should be limited to a consideration of requests initiated by competent patients where the fact of competence has been determined by a specialist in psychiatry.
2. Care should be taken to explore other options such as enhanced palliative care and pain control.
3. Consultation with a hospital ethics committee should be required to assure that procedural steps have been followed and adequate safeguards are in place to prevent abuse.
4. The entire process should be supervised by the Office of the Coroner or Medical Examiner.



**The British Columbia Civil Liberties Association (Testimony before the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, Monday, September 26, 1994.)**

[A suboption in the creation of defences to criminal prosecution would be] the provision of an absolute defence for assisted suicide and active voluntary euthanasia when certain criteria have been met. The problem with this solution is that it would authorize the provision of aid in dying only after the fact. As a result, we think it would offer insufficient comfort for physicians to come forward and offer services that we believe ought to be available to all Canadians.

This suboption would require Parliament to set out *de facto* the provisions which must be set out anyway in any regulatory scheme. We believe that setting out a regulatory scheme, amending the *Criminal Code* to specifically provide for the conditions under which each of these practices and services can be offered by physicians, is the way Parliament should go.





**The Council on Aging (Testimony before the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, Friday, January 13, 1995.)**

In addition to recommendations for safeguards already presented by various groups, the Senate committee might consider the following:

First, there must be an informed consent for assisted suicide or euthanasia with requirements similar in principle to those required for an informed consent for medical treatment. The requirement of informed consent should be extended to include appropriate advice; that is, alternatives such as palliative care, by not only physicians but also by other professionals such as psychologists, physiotherapists, nurses, pastoral care workers, et cetera, who are skilled and compassionate in caring for the terminally ill.

Second it should be demonstrated that there is no self-interest in those giving advice. This requirement could be met by the approval of a disinterested third party such as a judge or a board.

Third, consent should not be given under duress.

Fourth, the decision should be given with appropriate written formulations.

Fifth, if the decision is made by a committee, or the attorney for personal care, it should be based on a prior directive and the above requirements should be fulfilled.

In summary, first, the Council on Aging strongly supports the need for palliative care to be available nationwide and in a variety of environments, both urban and rural. Education concerning the principles of palliative care should be available for physicians, other health care providers and the general public.

Second, the Council on Aging believes that legislation enshrining the legitimacy of advance directives based on informed choices should be available throughout Canada.

Third, the Council on Aging maintains that if adequate palliative care services were available and individuals have the choice to state their preferences for treatment in an advance directive prior to becoming terminally ill, the number of individuals who would consider euthanasia or assisted suicide would be minimal.

Fourth, the Council on Aging recognizes the fact that despite being given the best care possible, a small percentage of patients cannot be maintained in a pain-controlled existence. There are different pain thresholds, different abilities to tolerate suffering and different philosophies concerning the bearing of pain.

Fifth, the Council on Aging agrees with physician intervention to ease pain and suffering even if it shortens life. However, in this case, the purpose of the intervention should be pain control, not euthanasia or assisted suicide.

Sixth, the Council on Aging will not take a position on the legalization of assisted suicide and euthanasia. Among the members there were the following perspectives: Some members were prepared to accept the concepts of assisted suicide and euthanasia, provided adequate safeguards were established to protect the vulnerable; some members flatly disagreed with these concepts; and other members voiced the opinion that although they would not wish to terminate their own lives in this manner, it was an individual's right to make his or her decisions.

Finally, the Council on Aging suggests that if euthanasia and assisted suicide were made legal, this should be realized through changes in the *Criminal Code* with adequate safeguards which must be reasonable, enforceable and enforced.

**Canadian Bar Association (Excerpt from brief presented to the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, March 1995)**

**Safeguards**

If the Committee recommends revising the existing law to permit euthanasia or assisted suicide with certain procedural safeguards to avoid abuse, certain constitutional issues would first have to be addressed. In particular, attention should be paid to the extent to which the criminal law power under the Constitution can properly be used to create an administrative regime for personal rights. The Supreme Court of Canada in *R. v. Morgentaler* [1988] 1 S.C.R. 30 struck down a *Criminal Code* provision that limited access to abortion services on the ground that the complex procedure to obtain abortions, and the uneven access to such services across the country, violated the rights of women under section 7 of the *Charter*. Similarly, any regime recommended by this Committee should be such as can be equally available throughout the country.

It is also recommended that, to avoid abuse, any protocol to permit euthanasia or assisted suicide with certain procedural safeguards must:

1. provide for review or scrutiny prior to the act; **and**
2. provide for review or scrutiny **after** the act.

**Scrutiny Prior to the Act**

The decision to request euthanasia or assisted suicide is a personal one, and the safeguard must be structured to minimize intrusion into the individual's life, while protecting against possible abuses. The safeguard mechanisms may be different depending upon whether it is a physician or other individual (family member or friend) who is to be involved.

The question of who assesses the person's competence, and on what basis, is an important one. There are likely to be difficulties in assessing this, particularly from a psychiatric perspective (for example, defining what constitutes depression). Given the distress, even disorientation caused by catastrophic illness and the pain of dying, difficulties are bound to arise in trying to ascertain whether the voice being heard is truly the person's voice.

The medical profession currently has responsibility for competence assessment with respect to health care decisions. It may accordingly be appropriate for them to retain responsibility with respect to assessing competence to request euthanasia or assisted suicide. However, safeguards should require a second medical opinion as to the patient's competence to make this decision, as well as the voluntariness of the decision. It may also be appropriate to require scrutiny by a non-medical person, such as a judicial or quasi-judicial officer.

**Scrutiny After the Act**

Decisions to withdraw treatment are highly public decisions, in that they are usually made in hospitals, and are attended by several individuals and substantial documentation in records and charts. By contrast, the decision to die is or can be a very private one.

Both to safeguard against abuse with respect to individuals, and to measure the broader social impact of the policy, it is suggested that any system of safeguards could include an obligation that all acts of euthanasia or assisted suicide be reported to a legislated review board with medical, legal and lay members, and that the board be required to report to Parliament on a regular basis.



# Appendix I

## British Columbia Crown Counsel Policy Guidelines

---

*Note: The enactment of the Criminal Code is a federal jurisdiction, however, the administration of justice is a provincial responsibility. Therefore, the Attorney-General of each province has discretion as to whether charges are laid. In accordance with these responsibilities, British Columbia has developed the following guidelines:*

*1. Active Euthanasia and Assisted Suicide Crown Counsel Policy Manual, Province of British Columbia, Ministry of Attorney General, Criminal Justice Branch (Policy 11-3-93, File no. 56880-01, Eut 1)*

These guidelines apply in cases where a police report to Crown Counsel reveals a person, motivated by compassion for the deceased, participated in causing a death.

In considering these cases, Crown Counsel will apply the general Charge Approval Policy and will only approve a prosecution where there is a substantial likelihood of conviction and the public interest requires a prosecution.

Given the complex nature of the legal issues and the evolution of palliative care, charging decisions will be made on a case-by-case basis following an examination of the facts and circumstances of each case and taking into consideration the following additional factors in applying the general Charge Approval Policy. The charging decision will be made by Regional Crown Counsel in consultation with the Director of Policy and Legal Services.

### Substantial Likelihood of Conviction

In considering whether there is a substantial likelihood of conviction, Crown Counsel must characterize the conduct of the person involved in a death. For the purpose of this policy, this conduct, and the resulting legal consequences are divided into four categories.

**“Active-euthanasia”** means intentionally terminating early, for compassionate reasons, the life of a person who is terminally ill or whose suffering is unbearable. This conduct is culpable homicide under section 222 of the *Criminal Code* and may constitute the offences of murder, manslaughter or criminal negligence causing death.

**“Assisted suicide”** means advising, encouraging or assisting another person to perform an act that intentionally brings about his or her own death. This conduct is an offence of either counselling or aiding suicide under section 241 of the *Criminal Code*.

**“palliative care”** means a qualified medical practitioner, or a person acting under the general supervision of a qualified medical practitioner, administering medication or other treatment to a terminally ill patient with

the intention of relieving pain or suffering even though this may hasten death. This conduct, when provided or administered according to accepted ethical medical standards, is not subject to criminal prosecution.

**“withholding or withdrawing treatment”** means a qualified medical practitioner, with consent by or on behalf of the patient, discontinuing or not intervening with medical procedures to prolong life beyond its natural length. This conduct, when provided or administered according to accepted ethical medical standards, is not subject to criminal prosecution.

The factors to be considered by Crown Counsel in characterizing the conduct of the person involved in a death include:

1. The provable intention of the person who caused, accelerated, counselled or assisted the death, recognizing the criminal intents necessary for murder and counselling or aiding suicide.
2. Where the conduct involves a physician and a patient, the position of the Canadian Medical Association and expert medical opinions as to generally recognized and accepted ethical medical practices:

*...there are conditions of ill health and impending inevitable death where an order...by the attending doctor of “no resuscitation” is appropriate and ethically acceptable.<sup>1</sup>*

*...an ethical physician “will allow death to occur with dignity and comfort when death of the body appears to be inevitable [and] may support the body when clinical death of the brain has occurred, but need not prolong life by unusual or heroic means”.<sup>2</sup>*

*The withholding or withdrawal of inappropriate, futile or unwanted medical treatment and the provision of compassionate palliative care, even when that shortens life, is considered good and ethical medical practice.<sup>3</sup>*

3. Whether, with reference to the following considerations, the acts of a qualified medical practitioner, or a person acting under the general supervision of a qualified medical practitioner, constitute “palliative care”;

a) As stated by Mr. Justice Sopinka, in *Rodriguez v. Attorney General of Canada et al*, Supreme Court of Canada, September 30, 1993:

*The administration of drugs designed for pain control in dosages which the physician knows will hasten death constitutes active contribution to death by any standard. However, the distinction drawn here is one based upon intention - in the case of palliative care the intention is to ease pain, which has the effect of hastening death, while in the case of assisted suicide, the intention is undeniably to cause death. The Law Reform Commission, although it recommended the continued criminal prohibition of both euthanasia and assisted suicide, stated, at p. 70 of the Working Paper, that a doctor should never refuse palliative care to a terminally ill person only because it may hasten death. In my view, distinctions based upon intent are important, and in fact form the basis of our criminal law. While factually the distinction may, at times, be difficult to draw, legally it is clear.... (at page 34)*

- b) whether the patient was terminally ill and near death with no hope of recovery;
- c) whether the patient’s condition was associated with severe and unrelenting suffering;
- d) whether accepted ethical medical practices were followed; and

---

1 Canadian Medical Association, *Canadian Physicians and Euthanasia*, 1993, p. 5

2 *Ibid*, p. 19 quoting from the Canadian Medical Association: *Code of Ethics*, CMA, Ottawa, 1990: Items 18 and 19.

3 *Ibid*, p. 20



e) whether the patient was participating in a palliative care program or palliative care treatment plan.

4. Whether, with reference to the following considerations, the acts of a qualified medical practitioner constitute “withholding or withdrawing treatment”:

a) Under the common law, a physician must accept the patient’s instructions to refuse or discontinue medical treatment although such treatment may well prolong life. Canadian Courts have recognized this right, see *Malette v. Shulman* (1990) 72 O.R. (2d) 417 (Ont. C.A.). As stated by Sopinka, J. in *Rodriguez*, supra:

*To continue to treat the patient when the patient has withdrawn consent to that treatment constitutes battery (Ciarlariello and Nancy B., supra.) The doctor is therefore not required to make a choice which will result in the patient’s death as he would be if he chose to assist a suicide or to perform active euthanasia. (at page 34)*

b) where the deceased refused treatment or revoked consent to the treatment, whether such refusal or revocation was fully informed and freely done. This will include consideration of whether:

- i) the patient clearly understood his or her medical condition and that it may result in death if treatment was discontinued or not engaged;
- ii) the patient was mentally incompetent, depressed, or otherwise vulnerable;
- iii) the patient’s refusal of treatment or revocation of consent and the act of withholding or withdrawing treatment occurred contemporaneously;
- iv) the patient was informed and understood his or her ongoing right to reconsider the refusal or revocation of consent;
- v) there is any evidence the patient reconsidered his or her initial refusal or revocation of consent;
- vi) anyone pressured the patient to refuse treatment or revoke consent to the treatment; and
- vii) accepted ethical medical practices were followed.

c) where the deceased was unable to refuse treatment or revoke consent to treatment, consideration of whether:

- i) there were instructions given to the qualified medical practitioner by another person or entity authorized to refuse treatment or revoke consent to treatment on behalf of the patient, for example, the existence of a court order or power of attorney for health care;
- ii) there was evidence that withholding or withdrawal of treatment was what the patient would have requested had he or she been able to refuse treatment or revoke consent to treatment; and
- iii) accepted ethical medical practices were followed.

## Public Interest

If Crown Counsel has determined there is a substantial likelihood of conviction, he or she must also be satisfied the public interest requires a prosecution. In determining the public interest, the specific factors to be considered include, but are not restricted to, the public interest factors outlined in the general Charge Approval Policy and the following:

- 1. The importance of supporting proper professional and ethical standards within the health care professions;
- 2. Society’s interest in the protection of vulnerable persons; and
- 3. Society’s interest in protecting the sanctity of human life, recognizing this does not require life to be preserved at all cost.

*2. Quality Control - Charge Approval Policy Crown Counsel Policy Manual,  
Province of British Columbia, Ministry of Attorney General, Criminal Justice  
Branch (Policy 2-26-91, File no. 55100-00)*

Section 504 of the *Criminal Code* allows anyone to lay, and directs a justice to receive, an Information alleging a criminal offence. In British Columbia, it has long been the policy of the Ministry of Attorney General that Crown Counsel review all allegations of criminal conduct and apply a single, consistent charging standard before charges are approved and an Information laid. This system of charge approval has received the endorsement of the Justice Reform Commission and the Discretion to Prosecute Inquiry.

The charging standard and procedure to be followed are set out below. Any Informations that are laid without the prior approval of Crown Counsel should be dealt with under the private prosecutions policy, see PRI 1.

## **A. Charge Standard**

Allegations must be examined to determine whether there is a substantial likelihood of conviction; and if so, whether the public interest requires a prosecution of the accused.

### **1. Substantial Likelihood of Conviction**

In determining whether a charge should be laid, Counsel must first conclude that it is likely there will be a conviction after considering all relevant matters including the available evidence, the anticipated defence and the applicable law. A substantial likelihood of conviction is significantly more a *prima facie* case, but considerably less than a virtual certainty of conviction.

During the charge approval process, Crown Counsel does not have the benefit of hearing the testimony of Crown witnesses, either in direct or cross-examination. Nor does Crown Counsel have the benefit of hearing the defence evidence, if any. During the course of a trial, the Crown's case may be materially stronger or weaker than counsel's initial assessment at the early charge approval stage. For this reason, Crown Counsel must be flexible in applying the substantial likelihood of conviction standard recognizing that the more serious the allegation, the greater the interests of justice in ensuring that provable charges are prosecuted.

### **2. Public Interest**

Counsel must next determine whether the public interest dictates a prosecution. There are a number of factors counsel should consider in assessing the public interest in a prosecution:

- (a) The nature and seriousness of the allegations;
- (b) the harm caused to the victim, if any;
- (c) the personal circumstances of the accused, including his or her criminal record;
- (d) the likelihood of achieving the desired result without a court proceeding, including an assessment of the available alternatives to prosecution; and
- (e) the cost of a prosecution compared to the social benefit to be gained by it. This will include considerations such as the degree to which this offence (as opposed to this offender) represents a community problem which cannot be effectively dealt with otherwise.

In considering the public interest hard and fast rules cannot be imposed and flexibility in decision making at the local level is essential if the Ministry is to respond to the legitimate concerns of each community.



## B. Applying the Charge Standard

If Counsel is to accurately apply the charge standard, the Report to Crown Counsel (RTCC) must provide an accurate and detailed statement of the evidence available. The following are the basic requirements for every RTCC:

- (a) A comprehensive description of the evidence supporting each element of the suggested charge(s);
- (b) where the evidence of a civilian witness is necessary to prove an essential element of the charge (except for minor offenses), a copy of that person's written statement;
- (c) necessary evidence check sheets;
- (d) copies of all documents required to prove the charge(s);
- (e) a detailed summary or written copy of the accused's statement(s); and
- (f) accused's criminal record (if any).

There may be cases where the RTCC will not comply with the quality control standards. The RTCC should then be returned to the investigator with a request for additional information before a charge is approved. If the accused is in custody, Crown should not seek to detain the accused in custody without sufficient written material from the police to justify both the charge and the detention.

If the offence is serious and there is sufficient evidence to charge the detained accused but insufficient information to determine Crown's position on release, resort may be had to s. 516 to adjourn the show cause. This should be used only where it appears necessary to protect the public.

In applying the charge standard Crown Counsel's important obligations are to:

- (i) make the decision in a timely manner;
- (ii) record the reasons for the decision; and
- (iii) where appropriate, communicate with those affected, including the police, so that they understand the reasons for the decision.





## Appendix J

# Citations for Advance Directives Legislation in Canada

---

<b>Ontario</b>	Bill 109, <i>An Act respecting Consent to Treatment Act</i> , Bill 108, <i>An Act to provide for the making of Decisions on behalf of Adults concerning the Management of their Property and concerning their Personal Care</i> , Bill 74, <i>An Act Respecting the Provision of Advocacy Services to Vulnerable Persons</i> , and Bill 110, <i>Consent and Capacity Statute Law Amendment Act</i> 2d Session, 35th Leg Ont, 1992 - passed and proclaimed.
<b>Quebec</b>	<i>Public Curator Act</i> , SQ 1989, c.54 - passed and proclaimed. <i>Civil Code of Quebec</i> , LRQ c. 64 1991, art. 10-34.
<b>Nova Scotia</b>	<i>Medical Consent Act</i> RSNS 1988 c. 14 in RSNS 1989, c.279 - passed and proclaimed.
<b>New Brunswick</b>	No legislation in place but an Advance Health Care Directives Committee has studied the issue and has reported to the Minister Justice regarding the development and implementation of advance directives. Minister of Justice intends to study the report and determine if legislation is necessary.
<b>Manitoba</b>	Bill 73, <i>The Health Care Directives Act</i> SM 1992, c.33 - C.H27 of the continuing Consolidation of the Statutes of Manitoba, 1989.
<b>British Columbia</b>	<i>Representation Agreement Act</i> , S.B.C. 1993, c.67 (Bill 48, 1993) combined with <i>Adult Guardianship Act</i> , S.B.C. 1993, c. 35 (Bill 49); <i>Public Guardian and Trustee Act</i> , S.B.C. 1993, c.64 (Bill 50, 1993); and <i>Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act</i> , S.B.C. 1993, c.48 (Bill 51, 1993) - all passed but not yet proclaimed
<b>Prince Edward Island</b>	Nothing in place or planning stages.
<b>Saskatchewan</b>	Nothing in place or planning stages.
<b>Alberta</b>	Bill 58, <i>Advance Directives Act</i> dropped from the <i>Order Paper</i> when the legislative session ended in November, 1994. Health Minister currently receiving and analysing public input received from a discussion paper on advance directives.

**Newfoundland**

Bill 41, *An Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers* - dropped from the *Order Paper* when legislative session ended in March, 1995. Reintroduced as Bill 1 *An Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers*. First reading on March 16, 1995. Currently awaiting Committee study.

**Northwest Territories**

No legislation directly governing this issue at present or in the works. However, the Department of Health and Human Services has initiated the development of Standards and Procedures for Advanced Treatment Directives for both Coordinated Home Care Programs and Facility based Long Term Care Programs.

**Yukon**

Nothing in place or planning stages.



## Appendix K

### Sources for Sample Directives

---

#### Ontario

Publications Ontario (For copies of the *Consent to Treatment Act*)  
880 Bay Street  
Toronto, Ontario  
M7A 1N8  
(416) 326-5300  
toll free in Ontario 1-800-668-9938

Health Information Centre (For information on the *Consent to Treatment Act*)  
Ministry of Health  
2195 Yonge Street, 6th floor  
Toronto, Ontario  
M4S 2B2  
Phone (416) 327-7730  
toll free in Ontario 1-800-461-2036  
TDD/TTY 1-800-387-5559  
Fax (416) 314-8721

Substitute Decisions Project (For information about the *Substitute Decisions Act*.)  
Office of the Public Trustee  
Ministry of the Attorney General  
145 Queen Street West, 6th floor  
Toronto, Ontario  
M5H 2N8  
Phone (416) 314-2989  
TDD/TTY (416) 314-2687  
Fax (416) 314-6190

Advocacy Project (For information about the *Advocacy Act*.)  
Ministry of Citizenship  
700 Bay Street, Suite 204  
Toronto, Ontario  
M5G 1Z6  
Phone (416) 314-8910  
toll free in Ontario 1-800-665-9092  
TDD/TTY (416) 314-9018  
Fax (416) 314-8935

**Quebec**

My Mandate in Case of Inability  
Le Curateur public du Québec  
Les publications du Québec  
1279, Boul. Charest Ouest  
Quebec (Quebec)  
G1N 4K7

**Nova Scotia**

Office of the Legal Counsel  
Department of Health  
Box 488  
Halifax, Nova Scotia  
B3J 2R8  
Phone (902) 424-7729  
Fax (902) 424-0719

**Manitoba**

Legislative Analyst  
Manitoba Health  
201-800 Portage Avenue  
Winnipeg, Manitoba  
R3G 0N4  
Phone (204) 945-5835  
Fax (204) 945-1020

**British Columbia**

Minister of the Attorney-General  
609 Broughton Street  
Victoria, British Columbia  
V8V 1X4

Minister of Health and Minister Responsible for Seniors  
1515 Blanshard Street  
Victoria, British Columbia  
V8W 3C8



## Appendix L

### Summaries of Some Relevant Canadian Court Decisions

---

#### **Rodriguez v. British Columbia (Attorney-General) 3 SCR (1993) 519.**

The appellant, Sue Rodriguez, a 42-year-old mother, suffers from amyotrophic lateral sclerosis. Her condition is rapidly deteriorating and she will soon lose the ability to swallow, speak, walk and move her body without assistance. Thereafter she will lose the capacity to breathe without a respirator, to eat without a gastrotomy and will eventually become confined to a bed. Her life expectancy is between two and fourteen months. The appellant does not wish to die so long as she still has the capacity to enjoy life, but wishes that a qualified physician be allowed to set up technological means by which she might, when she is no longer able to enjoy life, by her own hand, at the time of her choosing, end her life. The appellant applied to the Supreme Court of British Columbia for an order that s. 241(b) of the *Criminal Code*, which prohibits the giving of assistance to commit suicide, be declared invalid on the ground that it violates her rights under ss. 7, 12 and 15(1) of the *Charter*, and is therefore, to the extent it precludes a terminally ill person from committing “physician-assisted” suicide, of no force and effect by virtue of s. 52(1) of the *Constitution Act, 1982*. The court dismissed the appellant’s application and the majority of the Court of Appeal affirmed the judgment.

*Held* (Lamer C.J. and L’Heureux-Dubé, Cory and McLachlin JJ. dissenting): The appeal should be dismissed. Section 241(b) of the *Code* is constitutional.

*Per* La Forest, Sopinka, Gonthier, Iacobucci and Major JJ.: The appellant’s claim under s. 7 of the *Charter* is based on an alleged violation of her liberty and security of the person interests. These interests cannot be divorced from the sanctity of life, which is the third value protected by s. 7. Even when death appears imminent, seeking to control the manner and timing of one’s death constitutes a conscious choice of death over life. It follows that life as a value is also engaged in the present case. Appellant’s security of the person interest must be considered in light of the other values mentioned in s. 7. Security of the person in s. 7 encompasses notions of personal autonomy (at least with respect to the right to make choices concerning one’s own body), control over one’s physical and psychological integrity which is free from state interference, and basic human dignity. The prohibition in s. 241(b), which is a sufficient interaction with the justice system to engage the provisions of s. 7, deprives the appellant of autonomy over her person and causes her physical pain and psychological stress in a manner which impinges on the security of her person. Any resulting deprivation, however, is not contrary to the principles of fundamental justice. The same conclusion is applicable with respect to any liberty interest which may be involved.

The expression “principles of fundamental justice” in s. 7 of the *Charter* implies that there is some consensus that these principles are vital or fundamental to our societal notion of justice. They must be capable of being identified with some precision and applied to situations in a manner which yields an understandable result. They must also be legal principles. To discern the principles of fundamental justice governing a particular case, it is helpful to review the common law and the legislative history of the offence in question and, in particular, the rationale behind the practice itself (here, the continued criminalization of assisted suicide) and the principles which underlie it. It is also appropriate to consider the state interest. Fundamental justice requires that a fair balance be struck between the interests of the state and those of the individual. The respect for human dignity, while one of the underlying principles upon which our society is based, is not a principle of fundamental justice within the meaning of s. 7.

Assisted suicide, outlawed under the common law, has been prohibited by Parliament since the adoption of Canada's first *Criminal Code*. The long-standing blanket prohibition in s. 241(b), which fulfils the government's objective of protecting the vulnerable, is grounded in the state interest in protecting life and reflects the policy of the state that human life should not be depreciated by allowing life to be taken. This state policy is part of our fundamental conception of the sanctity of life. A blanket prohibition on assisted suicide similar to that in s. 241(b) also seems to be the norm among Western democracies, and such a prohibition has never been adjudged to be unconstitutional or contrary to fundamental human rights. These societies, including Canada, recognize and generally apply the principle of the sanctity of life subject to narrow exceptions where notions of personal autonomy and dignity must prevail. Distinctions between passive and active forms of intervention in the dying process continue to be drawn and assisted suicide in situations such as the appellant's is prohibited with few exceptions. No consensus can be found in favour of the decriminalization of assisted suicide. To the extent that there is a consensus, it is that human life must be respected. This consensus finds legal expression in our legal system which prohibits capital punishment. The prohibition against assisted suicide serves a similar purpose. Parliament's repeal of the offence of attempted suicide from the *Criminal Code* was not a recognition that suicide was to be accepted within Canadian society. Rather, this action merely reflected the recognition that the criminal law was an ineffectual and inappropriate tool for dealing with suicide attempts. Given the concerns about abuse and the great difficulty in creating appropriate safeguards, the blanket prohibition on assisted suicide is not arbitrary or unfair. The prohibition relates to the state's interest in protecting the vulnerable and is reflective of fundamental values at play in our society. Section 241(b) therefore does not infringe s. 7 of the *Charter*.

As well, s. 241(b) of the *Code* does not infringe s. 12 of the *Charter*. The appellant is not subjected by the state to any form of cruel and unusual treatment or punishment. Even assuming that "treatment" within the meaning of s. 12 may include that imposed by the state in contexts other than penal or quasi-penal, a mere prohibition by the state on certain action cannot constitute "treatment" under s. 12. There must be some more active state process in operation, involving an exercise of state control over the individual, whether it be positive action, inaction or prohibition. To hold that the criminal prohibition in s. 241(b), without the appellant being in any way subject to the state administrative or justice system, falls within the bounds of s. 12 would stretch the ordinary meaning of being "subjected to treatment" by the state.

It is preferable in this case not to decide the difficult and important issues raised by the application of s. 15 of the *Charter*, but rather to assume that the prohibition on assisted suicide in s. 241(b) of the *Code* infringes s. 15, since any infringement of s. 15 by s. 241(b) is clearly justified under s. 1 of the *Charter*. Section 241(b) has a pressing and substantial legislative objective and meets the proportionality test. A prohibition on giving assistance to commit suicide is rationally connected to the purpose of s. 241(b), which is to protect and maintain respect for human life. This protection is grounded on a substantial consensus among western countries, medical organizations and our own Law Reform Commission that in order to protect life and those who are vulnerable in society effectively, a prohibition without exception on the giving of assistance to commit suicide is the best approach. Attempts to modify this approach by creating exceptions or formulating safeguards to prevent excesses have been unsatisfactory. Section 241(b) is thus not overbroad since there is no halfway measure that could be relied upon to achieve the legislation's purpose fully. In dealing with this contentious, complex and morally laden issue, Parliament must be accorded some flexibility. In light of the significant support for s. 241(b) or for this type of legislation, the government had a reasonable basis for concluding that it had complied with the requirement of minimum impairment. Finally, the balance between the restriction and the government objective is also met.

*Per* L'Heureux-Dubé and McLachlin JJ. (dissenting): Section 241(b) of the *Code* infringes the right to security of the person included in s. 7 of the *Charter*. This right has an element of personal autonomy, which protects the dignity and privacy of individuals with respect to decisions concerning their own body. A legislative scheme which limits the right of a person to deal with her body as she chooses may violate the principles of fundamental justice under s. 7 if the limit is arbitrary. A particular limit will be arbitrary if it bears no relation to, or is inconsistent with, the objective that lies behind the legislation. When one is considering whether a law breaches the principles of fundamental justice under s. 7 by reason of arbitrariness,



the focus is on whether a legislative scheme infringes a particular person's protected interests in a way that cannot be justified having regard to the objective of this scheme. The principles of fundamental justice require that each person, considered individually, be treated fairly by the law. The fear that abuse may arise if an individual is permitted that which she is wrongly denied plays no part at the s. 7 stage. Any balancing of societal interests against the interests of the individual should take place within the confines of s. 1 of the *Charter*. Here, Parliament has put into force a legislative scheme which makes suicide lawful but assisted suicide unlawful. The effect of this distinction is to deny to some people the choice of ending their lives solely because they are physically unable to do so, preventing them from exercising the autonomy over their bodies available to other people. The denial of the ability to end their life is arbitrary and hence amounts to a limit on the right to security of the person which does not comport with the principles of fundamental justice.

Section 241(b) of the *Code* is not justified under s. 1 of the *Charter*. The practical objective of s. 241(b) is to eliminate the fear of lawful assisted suicide's being abused and resulting in the killing of persons not truly and willingly consenting to death. However, neither the fear that unless assisted suicide is prohibited, it will be used for murder, nor the fear that consent to death may not in fact be given voluntarily, is sufficient to override appellant's entitlement under s. 7 to end her life in the manner and at the time of her choosing. The safeguards in the existing provisions of the *Criminal Code* largely meet the concerns about consent. The *Code* provisions, supplemented, by way of remedy, by a stipulation requiring a court order to permit the assistance of suicide in a particular case only when the judge is satisfied that the consent is freely given, will ensure that only those who truly desire to bring their lives to an end attain assistance.

Section 15 of the *Charter* has no application in this case. This is not a case about discrimination and to treat it as such may deflect the equality jurisprudence from the true focus of s. 15.

Although some of the conditions stated by Lamer C.J. seem unnecessary in this case, the remedy proposed is generally agreed with. What is required will vary from case to case. The essential in all cases is that the judge be satisfied that if and when the assisted suicide takes place, it will be with the full and free consent of the applicant.

*Per* Lamer C.J. (dissenting): Section 241(b) of the *Code* infringes the right to equality contained in s. 15(1) of the *Charter*. While, at first sight, s. 241(b) is apparently neutral in its application, its effect creates an inequality since it prevents persons physically unable to end their lives unassisted from choosing suicide when that option is in principle available to other members of the public without contravening the law. This inequality — the deprivation of the right to choose suicide — may be characterized as a burden or disadvantage, since it limits the ability of those who are subject to this inequality to take and act upon fundamental decisions regarding their lives and persons. For them, the principles of self-determination and individual autonomy, which are of fundamental importance in our legal system, have been limited. This inequality is imposed on persons unable to end their lives unassisted solely because of a physical disability, a personal characteristic which is among the grounds of discrimination listed in s. 15(1).

Section 241(b) of the *Code* is not justifiable under s. 1 of the *Charter*. While the objective of protecting vulnerable persons from being pressured or coerced into committing suicide is sufficiently important to warrant overriding a constitutional right, s. 241(b) fails to meet the proportionality test. The prohibition of assisted suicide is rationally connected to the legislative objective, but the means chosen to carry out the objective do not impair the appellant's equality rights as little as reasonably possible. The vulnerable are effectively protected under s. 241(b) but the section is over-inclusive. Those who are not vulnerable or do not wish the state's protection are also brought within the operation of s. 241(b) solely as a result of a physical disability. An absolute prohibition that is indifferent to the individual or the circumstances cannot satisfy the constitutional duty on the government to impair the rights of persons with physical disabilities as little as reasonably possible. The fear that the decriminalization of assisted suicide will increase the risk of persons with physical disabilities being manipulated by others does not justify the over-inclusive reach of s. 241(b).

In view of the findings under s. 15(1), there is no need to address the constitutionality of the legislation under ss. 7 or 12 of the *Charter*.

Pursuant to s. 52(1) of the *Constitution Act*, 1982, s. 241(b) is declared to be of no force or effect, on the condition that the effect of this declaration be suspended for one year from the date of this judgment to give Parliament adequate time to decide what, if any, legislation should replace s. 241(b). While a personal remedy under s. 24(1) of the *Charter* is rarely available in conjuncture with action under s. 52(1), it is appropriate in this case to grant the appellant, subject to compliance with certain stated conditions, a constitutional exemption from the operation of s. 241(b) during the period of suspension. A constitutional exemption may only be granted during the period of a suspended declaration of invalidity. During that one-year suspension period, this exemption will also be available to all persons who are or will become physically unable to commit unassisted suicide and whose equality rights are infringed by s. 241(b), and it may be granted by a superior court upon application if the stated conditions, or similar conditions tailored to meet the circumstances of particular cases, are met.

*Per* Cory J. (dissenting): Substantially for the reasons given by Lamer C.J. and McLachlin J., s. 241(b) of the *Code* infringes ss. 7 and 15(1) of the *Charter* and is not justifiable under s. 1 of the *Charter*.

Section 7 of the *Charter*, which grants Canadians a constitutional right to life, liberty and the security of the person, is a provision which emphasizes the innate dignity of human existence. Dying is an integral part of living and, as a part of life, is entitled to the protection of s. 7. It follows that the right to die with dignity should be as well protected as is any other aspect of the right to life. State prohibitions that would force a dreadful, painful death on a rational but incapacitated terminally ill patient are an affront to human dignity.

There is no difference between permitting a patient of sound mind to choose death with dignity by refusing treatment and permitting a patient of sound mind who is terminally ill to choose death with dignity by terminating life preserving treatment, even if, because of incapacity, that step has to be physically taken by another on her instructions. Nor is there any reason for failing to extend that same permission so that a terminally ill patient facing death may put an end to her life through the intermediary of another. Since the right to choose death is open to patients who are not physically handicapped, there is no reason for denying that choice to those that are. This choice for a terminally ill patient would be subject to conditions. With those conditions in place, s. 7 of the *Charter* can be applied to enable a court to grant the relief proposed by Lamer C.J.

Section 15(1) of the *Charter* can also be applied to grant the same relief at least to handicapped terminally ill patients.



### **Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Quebec et al Statement of facts reproduced from Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec et al. 86 D.L.R. (4th) 385**

The plaintiff, age 25, had suffered for two and one-half years from Guillain-Barré syndrome, an incurable neurological disorder that left her incapable of movement. She could breathe only with the assistance of a respirator. With it she could live a long time; without it her life would be brief. Her intellectual capacity and mental competence were unaffected. To establish her right to refuse further treatment, including the continued use of the respirator, she commenced an action for an injunction against the hospital and her physician to require them to comply with her decision. The hospital entered an appearance but did not contest the claim. her physician did not appear. The judge, of his own motion, made the Attorney-General of Quebec a party. All parties were represented at the hearing. The Attorney-General filed an appearance and intervention.



*Held*, the plaintiff was entitled to the injunction sought. Permission should be given to her physician to cease treatment with the respirator at a time chosen by the plaintiff. The physician was entitled to the assistance of the hospital.

Use of a respirator to maintain life is a "treatment" and hence is something within the individual's control. By arts. 19 and 19.1 of the *Civil Code of Lower Canada* the person is inviolable except with the person's consent or legal authority, and no one need submit to any treatment, examination or other intervention. By virtue of the *Code of Ethics of Physicians*, R.R.Q. 1981, c. M-9, r. 4, arts. 2.02.01, 2.03.02 and 2.03.28, a person is entitled to autonomy in respect of his or her body. No treatment may be given to a person except with that person's consent or that of someone authorized by law or mandate to give consent. A physician is obliged under the *Public Health Protection Act*, R.X.Q. 1977, c. P-35, to protect the health and well-being of an individual but may not interfere with the person's free choice of a physician and must obtain the free and informed consent of the patient to any treatment.

The right of the individual to refuse treatment is almost absolute, being subject only to a corresponding right of others. The individual may not threaten the life or health of others. The individual has the right to determine whether or not to accept treatment and putting and keeping someone on a respirator and without an informed consent is an improper interference with the person.

The *Criminal Code*, R.S.C. 1985, c. C-46, does not affect the case. The plaintiff's death would be natural and would not involve homicide or suicide.



**R. v. Brush Between Her Majesty the Queen, and Jean Brush [1995] O.J. No. 656 Ontario Court of Justice (Provincial Division) Hamilton, Ontario Zabel Prov. J. March 2, 1995.**

CHARGE: On February 13th, 1995, Jean Brush pleaded guilty to the following charge: "that on or about the 18th day of August, 1994, at the City of Hamilton in the said Region, did unlawfully kill Cecil Brush and thereby committed manslaughter, contrary to the provisions of section 234 of the *Criminal Code*."

In imposing sentence today, I have considered numerous factors including the tragic circumstances leading up to the events of August 18th, 1994. Jean Brush was born on January 20, 1914, and Cecil Brush was born on July 30, 1913. They were married on June 6, 1936. Mr. Brush was eighty-one at the time of his death and Mrs. Brush is presently eighty-one years of age.

The Brushes were married some fifty-eight years and have one daughter. Cecil Brush worked at Dofasco for forty-three years before his retirement in the early 70's. They lived together for forty-three years in the same house in Stoney Creek. By all accounts they were a very happy and loving couple who were inseparable and enjoying their retirement years.

Unfortunately the health of Cecil Brush started to decline. His eyesight deteriorated; he was diagnosed as suffering from Alzheimer's and consequential depression. Mrs. Brush found it increasingly difficult to deal with her husband who, as a result of his medical condition, was undergoing severe personality changes and suffering from hallucinations.

[...]

The traumatic change in the otherwise happy life at the Brush home is set out dramatically in the report of Doctor Bartolucci, a psychiatrist, which has been filed as an Exhibit in these proceedings. In part of his report the doctor states as follows:

[...]

They had a conversation about both of them dying together and this was after this first admission. He had been imploring her to do something but in the course of the conversation he told her that he would just like to go to sleep and not wake up again."

"There were eight sleeping pills within reach and she asked him if he wanted to take them and he did. Mrs. Brush felt that she should follow him and she took twenty-eight sleeping pills plus some whiskey since she believed that the liquor would enhance the effect of the pills. She and her husband lay down and she woke up in hospital where she learned to her relief that at that time that she had not survived alone, that her husband also survived."

It became apparent from the facts presented to me that both Jean and Cecil Brush were becoming increasingly despondent over the deterioration of Cecil Brush. As a result she had lost a considerable amount of weight prior to July, 1994, because of the increased care that her husband required and the depression they both felt as a result of his condition.

In June of 1994 Cecil Brush was admitted to the Stoney Creek Life Care Retirement Centre for one week but was discharged to the care of his wife at their home in Stoney Creek. On August 3rd, 1994, Cecil Brush was placed in the Clarion Nursing Home in Stoney Creek for a period of one month. During that period of time efforts were being made to find a more permanent home for Mr. Brush.

On August 18th, 1994, at approximately 11:15 a.m. Jean Brush arrived at the nursing home and signed her husband out for lunch. He was to return by 2:00 p.m. that day. Neighbours at the Brush home would indicate that Jean and Cecil Brush were seen to arrive home at around noon on August 18th, 1994.

Shortly after 5:00 p.m. their daughter, Joan Myers, arrived at their home after work. She went upstairs to find her mother and father lying on blankets which had been placed on the floor in the dining room. She immediately called for emergency help and the Fire Department, ambulance personnel and Police arrived shortly thereafter.

The first officer on the scene arrived at approximately 5:20 p.m. He observed Mr. and Mrs. Brush on the floor in the dining room. Jean Brush was lying next to Cecil Brush and was holding his hand. The ambulance personnel were attending to Jean Brush at the time the officer first arrived. The officer noted that Cecil Brush had a large wound to the stomach area in the middle of his stomach just below the rib cage. His shirt had been rolled up just above the rib cage. It appeared to the officer that Cecil Brush has passed away but that Jean Brush was still breathing and was receiving medical care.

[...]

Jean Brush admitted to the Police that she had stabbed Cecil Brush and herself and identified the knife that she had used. According to Defence counsel, Mrs. Brush's evidence at trial would have been that she got the knife and that her husband had his hand on the knife and that he stuck it in himself but was not successful and that she then manoeuvred the knife so the fatal wounds could be inflicted. She had stabbed herself five times in the abdomen and was transported to General Hospital to be treated for her wounds. Her wounds were not considered to be life threatening.

The suicide note which was found was filed as an Exhibit and reads as follows — the note was from a journal that Jean Brush kept and the entry referred to is dated the date of Cecil Brush's death being August 18, 1994, and I quote:

"Cec's and my situation is getting worse day by day and will not get better. Cec being blind and with Alzheimer's disease is like being in a nightmarish hell. We have lived our lifetime and it must end before we



become vegetables. Medical profession and Governments won't do anything to use euthanasia or mercy killing to put suffering elderly people out of the torture and agony that they are in."

"People in nursing homes, the people in psychiatric wards, mentally and physically dead but breathing and they are kept alive as long as possible. Why? Why? Handicapped children, extremely handicapped in mental incapacities and physical incapacities kept alive but not living per se."

"Do the medical profession and Governments care what effect this has on the families? It doesn't seem like it."

"Joan's life is being disrupted and it will get worse for her and that sacrifice shouldn't be asked of anyone. Families have their own lives to consider. Life for the young must go on."

"Cec as he was, young, vibrant, full of life is no more. He is a shell, dead but not buried because he still breathes."

"Darling Joan: No matter how it happens, it's going to be a shock. I can't let Dad suffer any more. I know I have to go also. I transferred Dad's small account to the joint account but Dana Kelly needs a copy of the Power of Attorney" — namely Dad's. "Would you take it to her when you have a chance and time?"

"We love you and Karen and Shawn and adding Michael to the family."

[...]

#### ANALYSIS:

Section 236 of the *Criminal Code* of Canada sets out the punishment for the crime of manslaughter as follows:

"Every one who commits manslaughter is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for life."

There is no minimum penalty set out for this offence and the sentences imposed by various courts have ranged from life imprisonment down to a suspended sentence in a small number of cases.

Defence counsel has urged this Court to impose a suspended sentence and Crown counsel has agreed that this type of sentence is within the appropriate range for these particular circumstances.

In reviewing the case law, I found a number of cases where suspended sentences were imposed but none of the cases referred by counsel or reviewed by me are similar to the facts of this case.

The courts have developed a number of principles of sentencing to assist them in imposing sentence and these principles of sentencing are general deterrence, individual deterrence, protection of the public and the offender's rehabilitation. The courts attempt to balance all these principles in arriving at an appropriate sentence.

The question now to be determined is: what is the appropriate sentence to be imposed in this case? Jean Brush is eighty-one years of age. She has been a contributing member of society all her life and has never had any involvement with the law. Because of circumstances which got out of her control, she now finds herself convicted of one of the most serious offences in our *Criminal Code*.

Her and her husband's cries for help were not answered and she became involved in what has been described as a mercy killing or euthanasia in a desperate attempt to end her and her husband's life with some shred of dignity and without becoming burdens on society.

The present state of law in Canada is that suicide is lawful but to assist a suicide is unlawful. The issue of assisted suicides has been addressed by the Supreme Court of Canada in the case of *Rodriguez versus The Attorney-General of British Columbia*.

[...]

There are compelling and thoughtful arguments on both sides of the euthanasia issue which cannot be resolved by the courts but must be left in Parliament's hands. It is up to the legislators to decide whether the present law should be changed so that someone in Mrs. Brush's position in the future will no longer face criminal sanctions.

SENTENCE: Considering the totality of everything presented to me, I find that in this case exceptional circumstances exist which justify the imposition of a non-custodial sentence. There is no doubt in my mind on what has been presented to me that imposing the most lenient sentence possible would serve the ends of justice and that Mrs. Brush remaining in the community would not endanger the safety of the community.

I can see no principle of sentencing which would cause me to incarcerate Jean Brush and perhaps shorten her life. She has already suffered a harsher sentence than could ever be imposed by this Court, the loss of her loving and devoted husband under these tragic circumstances and the trauma of becoming involved in a very public criminal prosecution at this stage of her life.

I will not compound this tragedy by incarcerating Jean Brush. Accordingly, I am suspending the passing of sentence and Jean Brush is placed on probation for a period of eighteen months. The probation order will contain the usual statutory terms and the following additional terms:

Firstly, she is to report forthwith as required to a probation officer and thereafter as the probation officer directs. As well she is to attend for all medical treatment as directed by the probation officer and abide by all directions as set out by her doctor.

[...]

That is the sentence of the Court unless there is anything else from counsel.



**Malette v. Shulman et al. Indexed as: Malette v. Shulman (Ont. C.A.) 72 O.R. (2d) 417 [1990] O.J.**

The plaintiff was severely injured in an automobile accident and was taken unconscious to the defendant hospital where she was examined by the defendant physician in the emergency department. He concluded that a blood transfusion was indicated but a nurse discovered a card in the plaintiff's purse identifying her as a Jehovah's Witness and requesting on the basis of her religious convictions that she be given no blood transfusion under any circumstances. Having formed the opinion that the plaintiff's condition made a blood transfusion necessary to preserve her life and health, the defendant physician personally administered transfusions to her and later refused to follow the instructions of the plaintiff's daughter who sought to terminate the transfusions. The physician believed that it was his professional responsibility to give his patient a transfusion and he was not satisfied that the card expressed her current view. The plaintiff recovered and



brought an action against the physician, the hospital, its executive director and four nurses, alleging that the administration of blood constituted negligence and assault and battery. The trial judge awarded the plaintiff \$20,000 by way of damages for battery. The defendants appealed to the Court of Appeal.

Held, the appeal should be dismissed.

The plaintiff had a right to control her own body. The tort of battery protects the interest in bodily security from unwanted physical interference. Any non-consensual touching which is harmful or offensive to a person's reasonable sense of dignity is actionable. A competent adult is generally entitled to reject a specific treatment or all treatment or to select an alternate form of treatment even if the decision may entail risks as serious as death and may appear mistaken in the eyes of the medical profession or of the community. Regardless of the doctor's opinion it is the patient who has the final say on whether to undergo the treatment. While in an emergency the doctrine of necessity may protect the physician who acts without consent, the doctor is not free to disregard a patient's advance instructions. The plaintiff had conveyed her wishes in the only way possible.

While the interest of the state in protecting and preserving the lives and health of its citizens may override the individual's right to self-determination in order to eliminate a health threat to the community, it does not prevent a competent adult from refusing life-preserving medical treatment.

The fact that the physician had no opportunity to offer medical advice could not nullify instructions intended to cover any circumstances where advice was not possible. Any doubts about the validity of the card were not rationally founded on the evidence.

The cross-appeal against dismissal of the action against the hospital and the order with respect to costs should be dismissed.



### **In The Supreme Court Of Nova Scotia her Majesty The Queen against Cheryl Mae Myers And Michael William Power**

FOR the purpose of Section 655 of the *Criminal Code* the following is an agreed statement of facts:

1. Mr. Layton Myers was born on August 14th 1925. He was married to Rita Myers on January 13, 1947. They had three children, Gary, Danny and Cheryl. Cheryl is the youngest.

2. In January of 1991 Rita Myers had a recurrence of liver cancer and she suffered for many months before dying. She was hospitalized prior to her death.

She was put on life support systems. Mr. Layton Myers, who had worked as a longshoreman for 36 years stopped working when his wife was first diagnosed with cancer in order to stay at home with her.

3. On August 1, 1991, after consultation with Rita Myers' doctor, Layton Myers and Cheryl Myers decided to take Rita off life support systems. Rita died that same day.

4. During the course of Rita Myers' illness, Ms. Myers spent a great deal of time with her father. During that time, Layton Myers told Ms. Myers that if he were to become ill like Rita he did not want to suffer in the way she did. He wanted to maintain his dignity.

5. Cheryl Myers is 36 years old. She left high school before completing grade eleven. She worked with the government for five years and then left to take upgrading courses. She became a single mother when she gave birth to her first child, Candice, who is now ten years old. Mr. Michael Power is 35 years old with a high school education and a community college course in aircraft maintenance taken in Moncton, New Brunswick. He married at the age of 19 and had two children Matthew who is 11 and Madonna who is 16. He separated from his wife, 11 years ago and the divorce was finalized three years ago. Mr. Power has sole custody of both the children and has raised Matthew since he was a baby.

6. Michael Power and Cheryl Myers met in October of 1990 and started living together soon thereafter. Cheryl Myers became pregnant with their child while nursing Rita through her illness and gave birth to Jessica on February 25, 1992. At present Mr. Power and Ms. Myers live in a common-law relationship together with the four children at 127 Herring Cove Road, Armdale.

7. Prior to Rita Myers' death, Michael had a cordial relationship with her. Layton Myers was a very private individual. After Rita died Mr. Power and Layton Myers became close.

8. Around December of 1992 Mr. Myers began to complain of a sore back. At that time he suffered a bad fall. Ms. Myers and Mr. Power convinced him to see his family doctor, Dr. Ernie Johnson. Mr. Myers had tests at Camphill Hospital and was diagnosed as having lung cancer. At that time he was given three months to live. Ms. Myers and Mr. Power met with the doctors and Mr. Power advised Mr. Myers about this prognosis. Mr. Myers was offered chemotherapy treatment but refused since it would not improve the quality of his remaining life.

9. After receiving confirmation of this diagnosis Ms. Myers moved in with her father at 20 Margate Drive in order to care for him. Mr. Power handled the household chores and went over to Layton Myers' house daily to spend time with him. It would have been possible to obtain a caregiver through Veteran Affairs but Mr. Myers, Cheryl Myers and Mr. Power decided that Ms. Myers and Mr. Power would deal with the matter themselves. Layton Myers felt most comfortable with Ms. Myers and Mr. Power. After Layton Myers refused chemotherapy he told Ms. Myers that he did not want to go into the hospital and die as Rita had. He wished to remain at home. He explained to Ms. Myers that he did not want to get to the point where he could not function for himself or have to wear adult diapers. Ms. Myers told her father that she would not let things go that far and that she would take care of him. Mr. Power reportedly was present during this exchange and participated in it.

10. Over the next several months Mr. Myers' health began to fail. Ms. Myers and Mr. Power had to help him to the bathroom and prepare special foods that Mr. Myers was able to digest properly. Mr. Myers lost considerable weight. He was being heavily medicated and he slept a great deal.

11. During this time Mr. Myers again told Ms. Myers and Mr. Power that his wish was to die at home. He asked them to help him die when he could no longer function on his own. Ms. Myers and Mr. Power agreed, though they continued to hold out hope that Mr. Myers would somehow rebound from his condition.

12. During the police investigation of this case a relative of Ms. Myers, a cousin, came forward and indicated to the police in a statement that Mr. Myers had clearly expressed a wish to die to him as well.

13. In April, 1993, Mr. Myers' condition was very bad. He was almost constantly confined to bed. It became necessary for him to use adult diapers as he had lost control of his bodily functions. Mr. Power frequently helped to change those diapers. Mr. Myers was very uncomfortable and embarrassed as a result of the loss of control of his bodily functions and the consequent loss of dignity.

14. Ms. Myers bathed and shaved her father regularly. She provided quality care.



15. Mr. Myers' continued loss of bodily control eventually left Ms. Myers no longer physically or emotionally able to provide primary care to Mr. Myers without assistance. Mr. Power moved into Mr. Myers' house leaving his eldest daughter in charge of the young household. Mr. Power and Mr. Myers spent considerable time together. Mr. Myers' condition worsened daily.

16. By Friday, May 14, 1993, Mr. Myers had reached the point where his breathing was laboured and he was in great pain. Mr. Myers had not eaten since May 11, 1993. That morning would be the last time he recognized Ms. Myers or spoke with Mr. Power, as that was the last day he was conscious.

17. On Saturday morning May 15, 1993, Mr. Myers was unconscious and in intense pain.. Ms. Myers and Mr. Power called Dr. Johnson who was out of town so Dr. Norman Pinsky, who was on call, arrived at Mr. Myers' residence. Dr. Pinsky advised Ms. Myers and Mr. Power that Mr. Myers death was imminent, likely within one or two days at the most. At this point Ms. Myers and Mr. Power knew that all hope for Mr. Myers' survival was gone.

18. Mr. Myers was receiving large doses of morphine to control pain, but it seemed from his breathing that he was regularly experiencing considerable pain.

19. As requested, Dr. Pinsky returned to the Myers' residence later on May 15, 1993. At that time Layton Myers was feverish, his breathing was very laboured and irregular. He was still unconscious. Dr. Pinsky advised Ms. Myers and Mr. Power that he believed Mr. Myers would die very shortly, within hours or that night.

20. Ms. Myers and Mr. Powers discussed their earlier decision not to allow Mr. Myers to continue suffering.

21. Ms. Myers cleaned and shaved her father. She dressed him. At this time, Ms. Myers and Mr. Power placed a pillow over Mr. Myers' face and suffocated him. Ms. Myers then called a funeral home and requested the minister to come to the Myers' residence.

22. Dr. Pinsky signed the Death Certificate and Mr. Myers was buried in the normal course. No autopsy was performed on Mr. Myers as death had been expected.

23. Ms. Myers and Mr. Power did not attempt to make a secret of what they had done. On more than one occasion Ms. Myers advised members of her family of what she had done and why. These people were not favourably disposed to her when she made these revelations. Ms. Myers and Mr. Power also openly advised friends, on more than one occasion, that they had ended Mr. Myers' life and why they had done so. It was in this way that the police found out what had occurred and charges were eventually laid.



**Ontario Court (General Division) Her Majesty The Queen against Alberto De La Rocha  
Reasons For Sentencing Of The Honourable Mr. Justice S. Loukidelis In Timmins Ontario  
On The 2nd Day Of April, 1993.**

The accused stands charged in a two count indictment. Under the first count he was charged with second degree murder and on the second at the same time and place he was charged with administering to Mary Graham a noxious thing, to wit: an injection of 40 mg of morphine and 20 milliequivalents of potassium chloride, with intent thereby to end her life. The accused entered a plea of guilty to the second count and the first count of the indictment was indeed withdrawn.

Following and during the submissions of counsel for the accused, the matter was discussed both in court and between counsel concerning an amendment to count two. The plea was struck and the second count was amended and the accused was rearraigned and entered a plea with the evidence theretofore heard having been taken as having been heard in the trial of the amended count.

The court has been assisted by an agreed statement of facts that was read in by the police investigating officer. In addition the court was told that immediately after paragraph 13 there was a notation in the notes in the hospital records of an observation made of the deceased at 8:20 p.m. and that indicated a deterioration from the deceased's situation as described in paragraphs 13 and 14. While that piece of evidence was submitted by counsel for the accused, counsel for the Crown agreed.

The accused comes before the court without a previous record. I have been urged to consider the principles of sentencing and indeed those have been stated by counsel. These are both particular and general deterrence, the protection of society, and the rehabilitation of the accused person.

[...]

In looking at the submissions of both counsel and their views on the principles of sentencing, counsel for the Crown was not in disagreement with counsel for the accused, that specific deterrence and rehabilitation were not issues in this trial. The sole consideration where the issue was joined is on the question of general deterrence.

Before dealing with those principles, I want to make some reference to the statement of facts to put in context the situation with which the family of the deceased and the doctor were faced on the 15th October in 1991.

Mrs. Graham had not been well. She had seen her doctor and at the end of August 1991 her family doctor had noticed a lump on the neck of Mrs. Graham. By September 24 that lump was conjoined with complaints by Mrs. Graham of difficulty in swallowing and she was sent to a specialist in internal medicine, who then not only noticed by October 7 of that year that the neck mass had increased, but that Mrs. Graham was in some distress. The appointment with Dr. Adesanya was advanced and he saw Mrs. Graham on October 8.

There was a need of surgical biopsy and Dr. de la Rocha was called in. He saw her on October 9, reviewed the X-rays, and made a preliminary diagnosis that there were two masses there and that it would be necessary to make arrangements for a biopsy. He wanted to refer this patient to expert care in Toronto or Sudbury.

She was admitted to hospital on the 14th of October with the biopsy scheduled to take place on the 15th. She arrived on her own without apparent difficulty.

It was during the biopsy that there were difficulties noted. Dr. Gaida, who was a specialist in anesthesiology and who was to be the anesthetist noted that she had experienced respiratory problems when she was asked to lie down. He noticed that she was cyanosed with partial airway obstruction. It was decided to advance the biopsy.



It was during that procedure that her respiratory difficulties were noted and it was considered necessary to intubate her. Dr. Hook, an anesthetist who was on call at that time, was there and assisted. She was in great distress. Her condition from the examination that preceded the biopsy indicated not only a tumour on the tongue, but a very large tumour in the bronchial area that had occluded one bronchus and on the other it was 50% occluded.

With the ventilator there were problems and it was then that the nurse was requested by Mrs. Graham that she wanted the tube removed. She received that message by reading her lips because presumably with the tube in her mouth she would have had difficulty speaking.

[...]

While not expected to survive the night, at least in the mind of Dr. Hook, she did survive. It was to nurse Cooper that Mrs. Graham gave some cause for alarm. She did not seem to be responsive to normal neurological assessment. She did not answer to her name, did not open her eyes, and did not move in response to pain stimuli.

Subsequently, at 9:30 in the morning, Dr. de la Rocha attended and Mr. George Graham, who had arrived from Sudbury, indicated that he wanted his mother kept alive until the other brother in Burlington, Dr. Jamie Graham, could attend.

We have a situation where the tube is taken out, at her request. The patient knew that she would die. She was told that - - and she had understood that with the removal of the tube that her life had been foreshortened by her own insistence, that the extubation procedure be completed.

Dr. de la Rocha removed the tube and he requested that lots of morphine be supplied. He administered 20 mg of morphine that had been supplied by nurse Janet Donaldson. It was noted that even after extubation (which took approximately 30 seconds — the family was around) Mrs. Graham breathed on her own and normally, although she had assistance of a Puritan mask that supplied 50% oxygen.

He administered the first 10 mg morphine with a second 10 mg, and then a second 20 mg was given. It is not entirely clear from paragraph 29 whether there was a stoppage of breathing after the 40 mg or between the administration of the first and second administrations of morphine, because paragraph 29 tells me, “Dr. de la Rocha administered the said dosage and by this time the patient had stopped breathing with the heart rate dropping to the 50s.” It was at that point that the accused asked for potassium chloride from the unit and the nurse had not only advised him that there was potassium chloride in the unit, but she would not get it for him. The doctor proceeded to get it and administer it himself.

We do not know whether at that particular time she was breathing. We do know that once the potassium chloride was administered, death followed rapidly with an episode of ventricular fibrillation, and that they called ventricular tachycardia.

[...]

In my view, if it were the advancement of the claim that a medical doctor can administer a lethal dosage of a drug or substance in order to kill a patient for the purposes of euthanasia, in my view that is a breach of the law and is deserving of severe punishment — not only severe punishment by sanctions (as suggested by the Crown) but should be attended with a long period of imprisonment.

[...]

Until the law is changed, people must obey the law. No one can be held to be above the law in these circumstances, having said that, I am not convinced from the passages that I see that that advance of the claim

of euthanasia was in the mind of the doctor when he administered the bolus of potassium chloride. The evidence that establishes for me that the 20 mg of morphine was not a lethal dose — and even the 40 mg in the face of the testimony of Dr. Meloff and others who were questioned in respect to that — did not mean that death would result. At the same time we do know that after 20 mg, or perhaps even after 40 mg her breathing had stopped and her heart rate had fallen to the 50s. She was still alive, but without her breathing it would clearly indicate that death was not a matter of hours or days away, but perhaps seconds or minutes. Under those circumstances it would seem to me that the potassium chloride in those circumstances was administered to a patient who had already stopped breathing.

The question in my mind is what is the appropriate penalty. I take it that general deterrence does play a part here and must play a part in offences of this kind. I take it as a principle that while a first offender ought not to go to jail, there are times when a first offender must go to jail because the offence is a serious one. Here the offence is one of administering a noxious substance.

I take into consideration a number of factors that I have found eloquent testimonials, that is the evidence of not only two of his colleagues and one nurse and one patient who gave evidence today, but the 53 letters that were entered as exhibits four and five respectively. What they show to me is a person of good training, excellent skills, a person who has held his patients first in his professional life. He was prepared at a moment's notice to go in. Many of his patients spoke of the care that he took in explaining to them their illness. His colleagues, both nurses and doctors, not only spoke of his training but his ability to take decisive and quick action to look after his patients with positive benefit to patients. Because of that ability he could conscript or marshall his skills very quickly to meet on-coming emergencies. That talent for decisive action is one of the strong points that came out in these letters.

There is no doubt that he is highly regarded in his profession. He is highly regarded by paramedicals and by the hospital personnel who have worked with him. There is no doubt in my mind that he understands the high calling to which he has been summoned to practice medicine. This is seen in the way he has worked for the benefit of his patients. All of those factors tell me that he has tried to exercise his skills in a positive way.

At the same time it seems to me that in his handling of this particular matter, he took swift action and he took action that brought him into breach of the criminal law. He obviously didn't take or hear the refusal of the nurse to supply him with the potassium chloride seriously because he himself went immediately to get it. He didn't stop to consider that he was passing from palliative treatment in the administration of the morphine to an action that would bring immediate death to Mrs. Graham. At the same time, at least on the facts to which counsel agreed that I should act show that by the time the morphine was administered, whether one half the total that he gave or all of it, she had stopped breathing.

[...]

Even where the maximum penalty for manslaughter is life imprisonment, a person who commits that offence may well not be incarcerated depending on the facts and circumstances. This was particularly true as well in the decision of *R. v Hardy*, the case of *Barrette Joncas, J.* where a husband was given a suspended sentence at the request, and with the approbation of the sisters and the mother of the deceased person. In reading the facts of that case, one cannot help but see the poignant choices that the deceased's family had to make in relation to that particular fact circumstances.

[...]

Indeed there are fact circumstances that make this case different from Mr. Mattaya's case. Here was young man, 25, who had only been a registered nurse for a year or a year and a half, and was faced with a patient who was on life support systems that had been withdrawn. He had been given double the dosage of morphine to that seen here and 60 mg of Valium and who began reacting in a way that in effect caused Mr. Mattaya to panic. At page 21 of the report, the reasons for Justice Wren, he said, "In the unique circumstances of this



particular case, in my opinion a sentence must be sufficient to serve the purposes of general deterrence to avert as much as possible by the court acting on behalf of the interests of society the ever present danger of individuals taking into their own hands the right over life and death. The precious nature of life must take foremost consideration in such circumstances. In these unusual circumstances I am of the opinion that a sanction of incarceration is not required to meet these ends.”

In looking at that passage I cannot help but be persuaded that in serving the purposes of general deterrence, and my role in acting on behalf of the interests of society, that it is not necessary in these circumstances to order a period of incarceration. As I say, the result may well have been different were I persuaded that this was a case where the accused was relying on the excuse or justification that he was doing this because he believed in euthanasia. It is true that he said that in that paragraph. As I say, I am not convinced that it was not anything more than a retrospective, post-mortem expression of views on the matter.

I also have to take into consideration the views of the family. We seek victim impact statements. We also seek the views of a victim’s family. In this case I was moved by the evidence of George Graham. He spoke clearly and to the point on this issue. There is no doubt that he and his brothers have discussed the very issues that were put to him in the questions that were asked. He does not see incarceration as the answer, and I do not think that he was moved by anything but a charitable response to the difficulties in which the doctor has found himself. To me those views of the family have been very important in the conclusion to which I have come.

Having concluded that there should be no incarceration, the next question I must ask myself is what the result should be. In my view there should be a suspended sentence with a period of probation of three years. I append only one condition, that he keep the peace and be of good behaviour.

I have been concerned about the request that I make it a condition of the probation that he not be allowed to practice medicine. That has concerned me over the past few days because I saw that as a possible alternative. But I have come to the conclusion that the interests of justice and the principles of general deterrence will not be advanced by the imposition of a penalty of this kind.

The accused now has a criminal record. He has to face his peers and he also has to know that the principles of life are not excepted for people who face overwhelming disease and are at the point of death’s door.

Accordingly I am endorsing the following:

Conviction entered. Sentence suspended. Accused is placed on probation for three years on conditions a) he keep the peace and be of good behaviour.

I should point out to you, Dr. de la Rocha, that where a person has been placed on probation and sentence has been suspended, you must understand that should you breach the terms or condition of your probation, and in the event that you commit a criminal offence and you have been convicted or either one or the other, that you can be brought back before me to be sentenced in relation to this offence, provided that you have not appealed that conviction, provided that you have appealed and the appeal has been dismissed, or you have withdrawn your appeal. That means that you would come back before me and be sentenced anew for this very offence if that were to be the case.





## Appendix M

### Palliative Care in Canada

---

#### 1. Introduction

The first palliative care programs were established in Montreal and Winnipeg hospitals in 1975. Four hundred and fifteen palliative care programs are now included in the 1994 directory of the Canadian Palliative Care Association. Canada has a reputation on the international scene for the development of hospital-based palliative care and for the quality of some of its palliative care professionals. However, many witnesses stated before the Committee that palliative care is still largely unavailable in Canada even in major cities,<sup>1</sup> although programs exist in every province.

The purpose of this appendix is to provide detailed information regarding palliative care services in Canada. We will briefly review the definition of palliative care, then analyze the position of palliative care services in the overall Canadian health care system, and describe the present situation in the provinces.

#### 2. Definition of Palliative Care

The high degree of specialization of medicine, the perceived anonymity of care, the emphasis on acute care in hospitals, and a tendency to be preoccupied with curing illness over easing suffering, by attending to the total needs of the person, have made many seek alternative approaches:

There is an image of dying people that many Canadians have - the person is comatose, hooked up to monitors with intravenous tubes sticking out everywhere. We have too often seen our loved ones like this and we have seen them in pain and suffering.

Hospice care is different. It makes sure that someone is relatively free of pain, is often able to be awake so they can remain an active part of their families until a few hours or days before death, does not use monitor or tubes, and tries to give as much control to the patient and family as they choose to have<sup>2</sup>

Many witnesses referred to the Health and Welfare Canada definition of palliative care:

Palliative care is a program of active compassionate care PRIMARILY directed towards improving the quality of life for the dying. It is delivered by an interdisciplinary team that provides sensitive and skilled care to meet the physical, psycho-social and spiritual needs of both the patient and the family. The philosophy and principles of palliative care may

---

1 "Is organized palliative care available throughout Canada? The answer to that question is a categorical "no" [...] also [that] it is not available in some major centres" (Latimer, 4:12). "There are very few people who receive appropriate palliative care services" (St-Germain, 9:23). "The number of patients who are dying who can receive palliative care is minuscule. If they have good hospice care, they do have pain control. We are concerned about the people who do not have palliative care" (Scandiffo, 8:48). "Palliative care in an organized and accessible form is available in any large urban centres in Canada [...] rural areas are the most difficult for service to be provided. The biggest problem has to do not so much with the quantity and placement of service as its connectedness or disconnectedness from other care" (Henteleff, 5:17). "This does not just apply to under-served areas. There are major centres where palliative care is not available to all of the people who require it" (McGregor, 4:53). "It is (palliative care) certainly not available in all communities, and especially in smaller communities; palliative care or, frankly, access to psychiatric resources, is difficult" (Rowand, 9:36).

2 Harry van Bommel, *Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia*, NC Press, Toronto 1992, 24.

apply to patient population other than the dying and palliative care programs may have a SECONDARY role in addressing the needs of these populations (capitals in the text)<sup>3</sup>.

Others referred to the World Health Organization which :

Defines palliative care in terms of being active, total care, focusing on control of pain and other symptoms and [...] psychological, social, and spiritual support aimed to improve the quality of life [...] it affirms life and regards dying as a normal process; that it neither hastens nor postpones death.

*Mount, 5:30*

Palliative care associations promote integrated delivery services such as care and support to dying persons and their families through teams of professionals and volunteers; bereavement support to families; and public awareness and education.

A coordinated network of interdisciplinary services that provides active, compassionate care to the terminally ill at home, in hospital or other care facility [...]when quality of life rather than treatment directed at cure or prolongation of life is the primary objective. It is delivered by an interdisciplinary team that provides sensitive and skilled care to meet the needs of the whole person and to promote the on-going health of the family [...] the terminally ill person's friends and family play an invaluable part in the care [...] the care of the people who are dying is a responsibility shared by individuals and communities as well as social and health care systems.<sup>4</sup>

### **3. Canadian Palliative Care Associations**

The Canadian Palliative Care Association (CPCA) was founded in 1991 and incorporated in 1993. It has a membership of some 250 individuals, provincial associations, and various programs and services organizations. VON Canada, the Canadian Cancer Society, the Canadian AIDS Society and the Canadian Society of Palliative Care Physicians are its four affiliate members. The CPCA receives financial support from Health Canada and it organizes national palliative care conferences every second year, publishes a Directory and promotes palliative care at the national level.

The typical provincial palliative care organization is registered as a charitable and non profit organization and is community-based. Nine out of ten were incorporated after 1990. They are advocates for palliative care policy development, adequate funding, the establishment of standards, and the development and expansion of palliative care services. They support palliative care groups and institutions by providing members education and development opportunities, networking, advocacy and informational services locally and nationally. They are financed through membership fees and charitable donations.

### **4. Availability of Palliative Care Programs**

There is a dearth of published information on palliative care in Canada. Material has been provided by witnesses appearing before the Committee or gleaned from their briefs. Various governmental and non-governmental palliative organizations were asked to provide data. Articles are found in specialized journals, however, accurate statistical data is scarce about numbers of programs, institutions, number of patients, comparative costs, and other aspects of palliative care. Such material is not collected by Statistics Canada, the federal Department of Health or palliative care organizations.

---

3 Health and Welfare Canada, Health Services and Promotion Branch, 1989, *Palliative Care Services, Report of the Subcommittee on Institutional Guidelines, Guidelines for Establishing Standards*, p. 1.

4 Island Hospice Association, The Prince Edward Island provincial palliative care organization, 1994, 12.



The 1994 *Canadian Directory of Services Palliative Care and HIV/AIDS* lists palliative care services for all provinces and territories. Table I summarizes this information and table II lists the number of provincial palliative care programs for 1981, 1986, 1990, and 1994. For example, there were 55 programs in Ontario in 1981, 11 programs in New Brunswick in 1990, etc.

TABLE I PALLIATIVE CARE PROGRAMS IN 1994*											
	TOTAL	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NFLD
<b>CLIENTELE</b>											
ADULTS	403	71	27	31	12	160	42	9	27	6	18
CHILDREN	247	46	19	22	2	102	17	7	19	4	9
CANCER	394	69	26	32	12	158	43	9	27	6	12
AIDS	302	59	21	16	8	131	22	8	23	4	10
OTHER	306	56	22	21	8	137	25	7	22	1	7
<b>AVAILABILITY</b>											
24 HOURS	245	48	19	27	6	79	30	7	7	4	18
OTHER	163	23	11	4	4	87	10	2	20	2	
<b>BEREAVEMENT</b>											
FOLLOW-UP	331	68	22	23	9	132	31	9	21	6	10
<b>TEAM</b>											
NURSES	290	51	25	29	10	85	42	2	24	7	15
PHYSICIANS	272	42	20	24	9	95	38	7	16	7	14
PASTORAL	238	35	18	19	8	86	36	6	11	6	13
SOCIAL WORKERS	216	35	14	21	9	77	26	6	12	2	14
VOLUNTEERS	336	81	23	20	14	115	37	7	25	7	7
PHYSIOTHERAPISTS	144	23	17	15	1	56	10	4	7	4	7
OCCUPATIONAL THERAPISTS	99	15	14	8	1	41	6	4	2	4	4
PSYCHOLOGISTS	47	5	4	2	0	14	18	1	0	1	2
PHARMACISTS	166	28	16	14	5	57	27	3	10	2	4
DIETITIANS	123	16	10	11	1	50	17	5	6	3	4
ED. COORDINATORS	74	17	3	4	4	25	11	1	5	1	3
OTHER	115	20	10	13	4	42	14	5	3	1	3
<b>IN-PATIENT SERVICES</b>											
ACUTE CARE	204	35	12	14	4	76	21	4	20	7	11
LONG-TERM	98	13	10	7	2	39	12	0	4	3	8
FREE STANDING	17	3	1	1	1	6	5	0	0	0	0
UNIT	87	21	2	2	1	31	19	2	1	3	5
SCATTERED BEDS	132	21	7	8	3	62	12	2	8	2	7
NUMBER OF BEDS	1301	168	49	21	37	567	378	20	22	26	13
<b>CONSULTATION SERVICES</b>											
YES/NO		40-22	12-4	17-5	5-3	95-33	32-9	6-0	15-4	4-2	5-8
CASE LOAD	7400	1585	260	403	504	3439	352	264	202	195	196

\*Compilation from Canadian Palliative Care Association, Palliative Care HIV/AIDS, Canadian Directory of Services.



TABLE II - PALLIATIVE CARE PROGRAMS IN THE PROVINCES - 1981, 1986, 1990, 1994

1. Province Name (Rank in 1981, 1986, 1990, 1994 for the Number of Programs for Each Year) 2. Rank In Population 1993; Population in 1993 (thousands) 3. Rank in Ratio Population(thousand)/Programs; Ratio Population(thousands/programs)	1981	1986	1990	1994
Ontario: (1) (1) (1) (1) 1 ⇔ 10,270.3 8 ⇔ 69.4	55	143	143	160
British Columbia (2) (2) (2) (2) 3 ⇔ 3,319.0 6 ⇔ 38.2	19	60	63	71
Quebec (5) (4) (3) (3) 2 ⇔ 6,970.8 12 ⇔ 122.3	9	39	41	42
Saskatchewan (3) (5) (6) (4) 7 ⇔ 1,008.4 4 ⇔ 30.6	13	20	18	31
Nova Scotia (7) (6) (5) (5) 6 ⇔ 910.8 5 ⇔ 30.4	4	17	20	27
Alberta (4) (3) (4) (6) 4 ⇔ 2,613.0 11 ⇔ 90.1	8	42	25	27
Newfoundland (6) (8) (9) (7) 9 ⇔ 575.9 3 ⇔ 30.3	5	9	8	18
Manitoba (7) (7) (8) (8) 5 ⇔ 1,112.9 10 ⇔ 92.7	4	12	10	12
New Brunswick (8) (7) (7) (9) 8 ⇔ 732.1 9 ⇔ 81.3	1	12	11	9
Prince Edward Island (9) (9) (10) (10) 10 ⇔ 133.1 2 ⇔ 16.6	0	4	5	6
Yukon (10) (10) (11) (11) 12 ⇔ 27.5 1 ⇔ 13.75	0	1	1	2
Northwest Territories (10) (11) (12) (12) 11 ⇔ 56.4 7 ⇔ 56.4	0	0	0	1
TOTAL	118	359	345	415

Sources: data for 1981 and 1986 from (Scott, 1992, 15); for 1990 from Canadian Palliative Care Association, 1990, *The Canadian Palliative Care Directory*; and for 1994 from Canadian Palliative Care Association, 1994, *Palliative Care and HIV/AIDS, Canadian Directory of Services*.  
Data for population from statistics Canada

Statistical information is provided in three different parentheses in the left column. In the first one, provinces are ranked according to the number of their programs for each year. In the middle one, provinces are ranked by size of population for 1993.<sup>5</sup> In the third one provinces are ranked by the number of clients per program in 1993.<sup>6</sup> For example, Ontario has constantly been first in the number of programs; it has the largest population, but is eighth for the number of clients per program. British Columbia has been consistently second for the number of programs; third for population, and sixth for clients per program.

Palliative care programs increased by 304.2% between 1981 and 1986 (from 118 programs to 359); decreased to 345 between 1986 and 1990 and increased to 432 or 125.2% between 1990 and 1994. Ontario and British Columbia have kept the two top ranks through these years.

The information provided in these directories is of limited use as they are “based on self-reporting of services.” Some services may not have been reported and some that are in the Directory may not qualify in the absence of verification. It is, therefore, hazardous to make comparisons between provinces. For example, statistics are provided but there is no indication whether they represent a week, a month or, the whole year so that the number of cases may vary dramatically.

The real extent of palliative care programs is not known at this time. The most quoted estimate is that less than five percent of dying people in Canada receive palliative care.<sup>7</sup> This information was first cited in the *Canadian Palliative Care Directory* published in Toronto in 1987 by the Palliative Care Foundation from data collected in 1986.<sup>8</sup>

## 5. Palliative Care in the Canadian Health Care System

To properly delineate the place of palliative care services in the Canadian health care system, we must define the involved jurisdictions and applicable standards and differentiate these services from long-term care. We also must examine issues in their development (such as funding for activities and training of health care professionals).

### 5.1 Jurisdiction

According to the *Constitution Act* and its subsequent interpretation health is a provincial jurisdiction in Canada.<sup>9</sup> In practice, responsibility is shared with the federal government. The *Canada Health Act* defines basic principles. To summarize: “the federal government has [...] the financial resources to provide funding for health services but not the jurisdiction. The provinces have the jurisdiction but do not have sufficient financial resources to do what they choose”<sup>10</sup> The federal government affects health services through activities

---

5 The year 1993 has been chosen to facilitate comparison with the number of programs in 1994 (data are collected the year before publication).

6 The first place is given to the lowest number of thousand of clients per program.

7 “Harry van Bommel’s book, published less than a year ago, includes his survey of the situation which indicates that five per cent of patients who request palliative care have it available to them” (Ms. Seguin, 7:40). “Only five per cent of dying patients in Canada receive palliative care” (Mount, 5:30-31) “In their book, *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services*, (1988, 1990), Dr. Ralph Sutherland and Professor Jane Fulton estimated that about 5% of people who are dying receive some form of palliative care service” (van Bommel, 28:19). The full quotation is: “Dr. Ralph Sutherland and Jane Fulton estimate in their 1988 book, *Health Care in Canada*, that less than five percent of dying people in Canada receive palliative care through formal recognized palliative care programs. They further estimate that perhaps 10% of cancer patients may receive palliative care” (Harry van Bommel, *Dying For Care - Hospice Care or Euthanasia*, NC Press Toronto, 1992, 33. Finally, the Canadian Palliative Care Association has issued a release, in January 1995, stating that “only a tiny percentage of the population has access to palliative care services - about 5%”.

8 Scott, “More Money For Palliative Care?” *Journal of Palliative Care*, 1994, 16.

9 With some exceptions such as specific population (native people, military, federal prisoners, residents of the territories).

10 Anne Crichton and David Hsu, *The Canadian Health Care System: Its Funding and Organization*, 1990, 28.



by various departments and through its spending power. The federal government can also significantly impact on health delivery by way of legislation or changes to existing Acts or regulations.

## 5.2 Standards

There is no single standard for health care programs across Canada. While standards for medical practice are usually defined by medical associations, minimal standards for programs are usually derived from the philosophy and principles guiding an individual program and developed by various stakeholders such as hospital, professional associations, and governments.

In developing standards there is often a dynamic interplay between federal and provincial jurisdictions. The Canadian Council on Health Facilities Accreditation, the Department of Health, the Federal/Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services<sup>11</sup> are major players. "Provincial jurisdiction is quite absolute, subject only to rights enshrined in the Charter of Rights and other components of our constitution, and to the exclusion of the limited areas of federal jurisdiction."<sup>12</sup> However, federal legislation ensures Canadians of minimal, universal, and portable national standards in the delivery of health care programs. For palliative care, the following quotation from the Vice President of the Manitoba Hospice Foundation describes the actual process:

Health is a provincial responsibility. Concerning the hospitals in this city (Winnipeg) with palliative care units, the boards of the hospitals control ultimately what goes on in those palliative care units; but accreditation of educational programs, accreditation of all the postgraduate training programs for physicians, both specialists and family physicians, is the responsibility of national bodies, of the Royal College of Physicians and Surgeons and the College of Family Physicians of Canada. That way, if our palliative care training programs and other things are looked at by national organizations, then you can ensure uniformity even though the primary responsibility for the health is at the provincial level.

*Kirk, 17:57*

The Medical Director of the Palliative Care Program at St. Boniface Hospital added the following when asked if there are standards to follow for developing palliative care:

The Canadian Palliative Care Association is presently developing standards but they have not been put in the presses yet. There is a newly formed Canadian Society of Palliative Care Physicians. The development of standards in that society is one of our mandates as well.

*Dudgeon, 17:56*

## 5.3 Palliative Care vs. Long-Term Care

Palliative care is recognized as part of a continuum of care and services the objective of which is to improve the quality of one's last days by lessening physical, psycho-social and spiritual pain for terminally ill patients or for patients no longer in need of therapeutic or curative care.

11 Its guidelines program dates back to 1972. "Guidelines are produced by expert working groups of health professionals, some of whom are government representatives. The final draft is reviewed and recommended by the Subcommittee (on Institutional Program Guidelines, composed of federal and provincial governments and professional representatives) for approval by the Advisory Committee" *Health and Welfare Canada, Health Services and Promotion Branch, 1989, Palliative Care Services, Report of the Subcommittee on Institutional Guidelines, Guidelines for Establishing Standards*, p. iv.

12 Sutherland and Fulton, *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ottawa, The Health Group, 1988, 54.

The continuum may begin with family care by a family physician, continue with acute care in an hospital setting, then move on to long-term care and to community care in a home or in a hospice.

Long-term care is part of the same continuum. It is defined by the Canadian Long-Term Care Association as: “an integrated mix of services devoted to respecting personal autonomy, maintaining or promoting health or restoration, and providing social and personal supports as required.”<sup>13</sup>

Long-term care is delivered “for sustained periods of time either on a continuous or intermittent basis”<sup>14</sup> while palliative care is typically aimed at terminally ill patients. The average stay in palliative care services is very low: 19 days in the Maison Michel Sarrazin in Quebec City<sup>15</sup> and the median at Elizabeth-Bruyère Care Centre in Ottawa is between 15 and 21 days.<sup>16</sup>

Dr. Wyman, in his testimony, quoted the administrative definition of palliative care services used by the Ontario Medical Association:

As it currently stands, the palliative care fee applies to one designated physician responsible for the care of a terminally ill patient suffering from disease. Palliative care will be deemed to start when care is directed to maintaining the comfort and emotional well-being of the patient and the non-aggressive treatment of the underlying disease process. Palliative care fees should be charged retroactively after death on the basis of actual visits rendered for a period not to exceed four weeks prior to death and are not meant to apply when unexpected death occurs after prolonged hospitalization for another diagnosis unrelated to the cause of death. That last part was intended to ensure that if somebody was in hospital with a chronic illness and then died of some other cause, that palliative care was not being applied in those circumstances because it was not an expected death for a terminal disease.

*Wyman, 20: 72-73*

Some proponents of palliative care envision a “seamless” system where services are offered much earlier and patients do not have to relocate to receive appropriate care.

It is difficult to precisely delineate when one type of care begins and when the other finishes. Both offer community-based services and services “in nursing homes, homes for the aged, special care homes and extended care health centres”<sup>17</sup> The Ontario Palliative Care Association, in a brief concerning Ontario Bill 173, stated:

We believe palliative care is an essential part of long-term care. [...] We believe long-term care facilities, including chronic care beds, have an important role to play in the provision of palliative care. [...] In conclusion, the Association supports the redirection of long-term care ensuring patient/client centered care for the terminally ill.<sup>18</sup>

The blending of long-term and palliative care is encouraged by the shift of care in provinces from institutions to community-centred care and home care. Many long-term care services have palliative related components in them.

---

.13 Brochure, Canadian Long-Term Care Association.

14 *Ibid.*

15 Dionne, 13:16.

16 Interview with Dr. John F. Scott, Director of the Elizabeth-Bruyère Care Centre, December 7, 1994.

17 Brochure, Canadian Long-Term Care Association.



## 6. Funding for Palliative Care

Health care is in a state of flux in Canada making it difficult to collect reliable facts on palliative care services and to expect that they will remain constant for very long. Large deficits have propelled provincial governments into reducing health spending. Health services are pressured to innovate to become more efficient. There is also a trend from hospitalization to community-based care.

In hospitals there is fierce competition by:

Medical specialists for scarce resources, most are anxious to introduce the latest technological advances in their specialty and all are curbed by hospitals budgets [...] the introduction of new techniques to improve life threatening conditions (such as heart disease or kidney failure) may take precedence over other repair technologies such as joint replacements, which are not necessarily to prolong life itself but will remove pain and improve the quality of life.<sup>19</sup>

Currently, physicians are linked to hospitals and are paid on a fee-for-service structure<sup>20</sup> This system has been identified as one factor in health expenditures is rising significantly higher than the overall population increase<sup>21</sup> Witnesses<sup>22</sup> have identified this form of payment as an obstacle to the development of palliative care, since it severely limits the time available to patients.

The situation is evolving. New Brunswick has innovated in setting up the New Brunswick Extra Mural Hospital which employs a professional medical staff. It is designed as a substitute to institutionalization, and an umbrella to provide for home care programs (see provincial section). A greater interest in preventive medicine has emerged; provinces are integrating some forms of community-based systems into their health care systems, and are creating regional structures for planning and delivering health services<sup>23</sup> Palliative care is more and more considered as an alternative to often excessively costly acute institutionalized care by provinces. At least four provinces have issued policy statements on palliative care, including Nova Scotia in 1988; Ontario in 1993, Alberta in 1993, and Saskatchewan in 1994).

## 7. The Health Care Crisis

In the 1990s certain aspect of the Canadian health care system are being questioned, including:

Centralized and rigid management, emphasis on curative and institutional care, number of physicians, their work practices, the fee-for-service pay system, and their monopoly on health services distribution; institutionalization and hospital practices, pharmaceutical

18 Fax, Ontario Palliative Care Association, August 16, 1994.

19 Anne Crichton and David Hsu, *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization*, Canadian Hospital Association Press, 1990, 86.

20 Approximately 75% of physicians in the 1980s; the rest were salaried. Salaried physicians were "researchers and teachers; diagnostic specialists, anesthesiologists or medical administrators; public health specialists and specialists in occupational medicine." Usually the medical associations determine a fee schedule annually, to be negotiated with their respective provinces. However, some specialists, such as psychiatrists, are paid by sessions, others (pathologists, radiologists) are usually employed by hospitals (Crichton, 1990, 69).

21 Crichton, 1990, 121; Lamarche, "The Crisis of Health Services in Canada" 1994, 12.

22 "The position of the College of Family Physicians of Canada is not so much for more funding, but for better distribution ... We believe that the fee-for-service system does not reward family physicians appropriately for the type of care they provide best, including palliative care" (Dr. Perkin, 23:10). "The other specific area that I was requested to comment on was the payment mechanism for palliative care in Ontario. In the mid 1980s, it became apparent to the tariff committee that we did not have appropriate fees to pay for the services of the growing number of physicians providing palliative care." (Dr. Wyman, 20:72).

23 A number of reports have been published including: Nova Scotia, 1990, *Health Strategy for the Nineties*. British Columbia, 1991, *Report of The Royal Commission on Health Care and Costs*.

companies and marketing practices which leads to an inappropriate use of technologies; and prices not related to R/D spending.<sup>24</sup>

The system is one of the most expensive in the G-7 countries.<sup>25</sup> It has difficulties in meeting actual and future needs of the population, is inflationary (the impetus is to provide more services, which are more sophisticated and more expensive), and contributes marginally to the upgrading of the health of the population.

Decentralization is one of the many options that is being implemented by several provinces to improve the efficiency of the system. Another is reducing high-cost acute care treatment and promoting continuing care, including home care:

Even small shifts in the large institutional sector budgets into community-based services can have a significant impact. For example, taking five percent out of the total Canadian institutional sector budget and putting it into home care services translates into an increase of about 120 percent into the estimated home care budget.<sup>26</sup>

These changes may translate into opportunities for palliative care. However, this raises the question of costs and effectiveness of this reorientation:

The provision of care for the elderly people in the community is not an easy option that will painlessly save costs as well as meet the preferences of elderly people...There are two overriding issues: a) Have sufficient resources been identified and committed to meet the growth in the need for the care of frail elderly people in the community? b) Has the capacity of the community to bear this additional responsibility been addressed and, where necessary, is it being strengthened.<sup>27</sup>

## 8. Cost of Palliative Care Services

The extensive use of a large number of volunteers is one of the characteristics of palliative care in Canada, which currently operates within small budgets. Many witnesses believed that palliative care services are cost-effective because most palliative care centres involve an often large number of volunteers. Ms St. Germain, a nurse, stated:

When I talk about the development of palliative care and people respond with arguments about budgets, I say that it is possible to do a great deal with very little.

*St-Germain, 9:24*

---

24 Paul A. Lamarche, "The Crisis of Health Services in Canada", speech to the Sixth Annual Bioethic Conference, November 25, 1994 7.

25 The most expensive is the United States. Canada's per capita spending is \$1915 US, Japan's is \$1267 US, Great Britain's is \$1035 US. 10% of the Canadian GDP is allocated to health compared to 6.6% to Great Britain and Japan and 8.3% in Italy. (Lamarche, 1994, 4.)

26 Douglas E. Angus, Ludwig Auer, J. Eden Cloutier, and Terry Albert, *Sustainable Health Care for Canada*, Queen's University, Ottawa, Economics Projects, 1995, 82.

27 OECD, 1994, "New Orientation for Social Policy", in *Sustainable Health Care for Canada*, op. cit. 97.



However, others doubted that palliative care services are necessarily cheaper. Dr. Elizabeth Latimer of Hamilton Civic Hospital declared that palliative care:

may be a little cheaper than high-tech health care, but we do not think we would want it to be that way because it requires a professional team of people [...] It will cost money [...] palliative care of intensely sick, dying patients at home may not be any less expensive than hospital care.

*Latimer, 4:15, 4:21*

The Director of Bioethics at the Hospital for Sick Children in Toronto reiterates that it is hands-on, not high-tech; it takes more people. (Lynch, 11:27). The President of Wellesley Hospital in Toronto added :

there is evidence that home care in some circumstances can be more expensive than institutional care. I think that is a reality. Very often, home care is sold on the basis of a cost-effective alternative to institutionalization. Sometimes it is; sometimes it is not.

*Rowand 9:44*

The Executive Director of Maison Michel Sarrazin continues:

in general, palliative care costs about half what hospital care costs. It makes economic sense. Dying at home, which is increasingly the trend, is still less costly. But community participation in the form of volunteers makes an extraordinary difference. I mentioned our 250 volunteers. If we had to pay all the people who work at Maison Michel Sarrazin, it would cost us the same as in a hospital.

*Dionne, 13:18*

However, there is virtually no comparative data and there is a lack of comprehensive studies. The only studies actually cited were two in the United States and an unspecific reference to some data published in Ontario in 1988.

Another approach to the issue of cost is to consider that the last year of life in cancer patients may represent 75% of the total health care costs of their lifetime,<sup>28</sup> and the claim that 25% of all hospital costs are spent in a patient's last month of life<sup>29</sup>. Costs are high because futile, aggressive and onerous treatments are used to keep the patient alive although some of these treatments may appear rather inappropriate for a dying person and even unethical according to some witnesses. They said that intensive invasive care caused increase in the chance of surviving.

A study done in Quebec in 1975-1976 led to the establishment of the Royal Victoria Palliative Care Unit in Montreal. At that time, palliative care unit hospitalization cost was deemed comparable to an acute care unit. Direct nursing personnel costs were slightly higher but that was compensated by significant savings from proper symptom control and, to a minor extent, by less expensive medication costs. Perhaps that study should be revisited to compare with actual experience over the years. But what is factual for one institution may not be valid for another.

Finally, some witnesses appeared pessimistic that palliative care can be made available while relying on volunteers and public and that it is difficult to innovate within the existing health care system.<sup>30</sup> However,

28 *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 761.

29 J. F. Fries, "Reduction of National Morbidity," in *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*

30 "We must learn to better distribute our resources in health care [...] 90 per cent of our money are spent in large, acute care hospitals. That is great, but it means that people in chronic care, palliative care, and outreach into the community, are poorly supported" (Senn, 9:17).

most witnesses consider that the issues surrounding palliative care are more important than simple dollars and cents<sup>31</sup>.

### 9. The Training of Health Care Professionals

Successful palliative care requires trained health care professionals. According to an inquiry by Dr. Neil Macdonald<sup>32</sup> none of the 16 Canadian faculties of medicine offers a formal palliative care course, although designated lectures within other courses are available to medical students<sup>33</sup>. Only two schools of medicine stated that they have a "definite commitment to increased curriculum time". There are only 18.25 person years devoted to palliative care physician positions in Canadian universities. Dr. Macdonald, considering the lack of attention to palliative care, asks the question: "Why have not the principles of pain management and palliative medicine more clearly informed medical practice? His answer:

Part of the reason for this gap is what is taught and what is practised relates to the continued isolation of many palliative care programs from the mainstream of medical care [...] most of them are still concerned with a select group of patients, generally with cancer, toward the end of their life [...] palliative care should be more closely integrated into overall disease control programs. Using cancer as an example we may look upon cancer control as having four phases. 1. Prevention of occurrence (example - anti-smoking programs). 2. Prevention of invasive cancer (example - PAP tests). 3. Prevention of death or severe morbidity (surgery, radiotherapy, chemotherapy). 4. Prevention of suffering [...] Palliative care is [only] concerned with the fourth phase.<sup>34</sup>

Another reason advanced by Dr. Macdonald is the view which is not uncommon in academic circles today that palliative research and education may be regarded as "soft" and lacking in intellectual rigor. Palliative care, he says, struggles for academic recognition: many of its practitioners are not connected with academic centres and it lacks an international communications system.

## Palliative Care in the Provinces

### BRITISH COLUMBIA

"Palliative care is a core health service that each community or region must provide", according to Paul Ramsay, Minister of Health, in a letter to the Committee in 1994. Mr. Ramsay said that since 1992, significant new funding has been allocated to palliative care/hospice programs to increase availability of services, train caregivers and volunteers, and develop educational and resource material. These had been among recommendations of the 1991 Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs.

British Columbia reports having spent approximately \$50 million on palliative care programs in 1994/95 within a system which is decentralizing by establishing regional/community structures. The Ministry of

31 "The cost of the health care system ought never, ever, ever to be used as a justification for ending life prematurely" (Rowand, 9:38). "I do not believe that cost has to be the critical factor in palliative care" (Seguin, 7:41). "As a compassionate and caring nation, we cannot afford not to (afford the cost of the extensive palliative care institutions)" (Mcpherson, 8:20). "It has been said that the true measure of a caring society is seen in the way it treats its most frail members" (McGregor, 4:53). "From the sixties and seventies, perhaps even since the war, came the belief in amelioration, the belief that things could constantly improve. The question we need to ask ourselves as a society is where we want to put our money, because many of the high-tech procedures are not paying off in the benefit that had been promised" (Latimer, 4:22)

32 "Ontario Palliative Care Statement: A Template for the Rest of Canada" *Canadian Medical Association Journal*, 1993,

33 20 hours at McGill; Dalhousie 16+; McMaster 15.5; Calgary 11; UBC, Queens and Western from 1 to 3 hours.

34 Neil Macdonald, "Teaching Palliative Care: A Structural Overview," in Roderick MacLeod, *Teaching Palliative Care: Issues and Implications*, 1993 13.



Health funds palliative care through various programs which link existing hospital and community based services such as home care nursing and the province's one dedicated hospice. Emphasis is placed on symptom management and services appropriate to the evolution of the illness. The province is "looking actively" at providing patients in their homes with drugs and equipment free of charge.<sup>35</sup>

Dr. Williard P. Johnston, Secretary-Treasurer of the Canadian Physicians for Life and family practitioner in Vancouver, says palliative care in B.C. is only just beginning:

In Vancouver, one would expect to have the most highly developed palliative care network in the province, both because of its size and because of the eminence in research and in tertiary patient care. As a primary care physician, I have difficulty finding adequate palliative care facilities for my needy patients. I can assure you that we are in the early stages of developing the entire ethic of palliative care as a medical tradition in this city."

*Johnston, 14:31*

The President of the British Columbia Hospice/Palliative Care Association, told the Committee:

Our organization consists of approximately 100 organized hospices within the province of British Columbia. There is an unknown number of hospices and steering groups that are forming at this time. We are constantly receiving requests for our start-up manual and inquiries about how to go about providing hospice/palliative care in the communities. There are also many volunteers who are providing hospice/palliative care in no organized fashion within our smaller communities. Hospice began in our province with the people [...] hospice/palliative care is only 10 years old in the most advanced areas in British Columbia; [however,] there are many places and people who do not know what hospice/palliative care is.

*Coupal 16:36-37*

Mr. Horgan, Chaplain of St. Paul's hospital in Vancouver where there is an active palliative care unit said:

where there are no hospices located in-hospital, there are hospice interest groups and volunteers working in the community with physicians, with nursing staff, etc. I would say that the work of hospice education and of movement towards facilities in all areas of the province is very definitely underway.

*Horgan, 14:157*

## Training in Palliative Care

The Vancouver Hospice program provides training in hospice care through Vancouver Community College in two courses (Palliative Concepts for Professionals in Care Facilities and Caring for Persons With a Terminal Illness). A third course, Advanced Hospice Training, will be offered in 1995. The Vancouver Hospice staff also provide Hospice Orientation to all continuing care staff.

The University of Victoria provides a course in palliative care in the School of Nursing; the British Columbia Medical Association has approved palliative medical care as part of the curriculum at the University of British Columbia, School of Medicine. Training material has also been developed by the Victoria Hospice Society and the British Columbia Hospice/Palliative Care Program.

35 The "home care" has a palliative care component when drugs and equipment are provided and palliative care services by physicians can be billed to the province.

## Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

Palliative care services in British Columbia are dependent on volunteers and their budgets are very limited.<sup>36</sup> Medication and supplies are not yet reimbursed by the province for patients wishing to end their days in their home. Some regions are underdeveloped while others offer extensive services. Finally, "the fragmentation of existing services makes it very difficult to plan and to possibly reorganize services to meet the needs of clients, families and health care providers."<sup>37</sup>

### ALBERTA

According to the Government of Alberta:

Historically, palliative care has been funded through hospital global budgets, home care programs and long-term care facilities. Palliative care services and programs are developed at the discretion of the organization or agency to meet identified local needs. Some urban hospitals and long-term care facilities have designated funding within their global budgets to support palliative care units or palliative care teams, if demand has warranted a special program.<sup>38</sup>

In 1991/92, the Health Unit/Health Facility Partnership was implemented "to strengthen and enhance the delivery of community-based services to support earlier discharge, to prevent admission to health facilities, and to enhance community-based palliative care services."<sup>39</sup> In December, 1993, Alberta Health published *Palliative Care: A Policy Framework* in which it identified principles by which a continuum of care and support services would be available to terminally ill patients and their families. These principles include individual and family focus; independence and choice; access to palliative care based on an assessment of needs; palliative care to be offered in any setting; integration of care; support of family and community roles; preference given to care in the home; hospital care as required; development of a multidisciplinary body of knowledge; continuity of care; and coordination of services.

Alberta is cost cutting deeply in health care. The province states that since 1991 Alberta Health has been identifying service improvement and cost cutting targets for each sector of the health system. In April, 1995, Regional Health Authorities became responsible for the development of all health care services in their jurisdiction.<sup>40</sup>

Alberta Health states that the government will support palliative care through reallocating dollars from hospitals to the community. The new Regional Health Authorities will allocate these resources in their respective regions. The Palliative Care Policy Framework (1993) and local/regional needs will guide the Regional Health Authorities in the development and funding of palliative care services.<sup>41</sup>

The impact of the reform on palliative care services is yet to be evaluated. Mr. Hiebert, who represented the Catholic Health Association of Canada before the Committee, declared that:

---

36 "The budget of each hospice varies. For the most part, there is no provincial funding. Most of the monies are raised within the community." (Coupal, 16:49)

37 Fax, Carr, Vancouver Hospice Program, December 5, 1994.

38 Letter, Donald J. Philippon, Deputy Minister, Alberta Health, October 20, 1994.

39 Health Canada, 1993, 16.

40 Alberta Health, 1993, 4.

41 Letter, Donald J. Philippon, Deputy Minister, Alberta Health, October 20, 1994.



Governments in the past have been hesitant to fund palliative care [...] Clearly, the government in our province has changed its view towards supporting palliative care because it is concerned about the [...] health care system.

*Hiebert 14:143*

Dr. L. R. Ohlhauser, Registrar of the Alberta College of Physicians and Surgeons, has written to the Committee that “there is now more emphasis on palliative care in both medical education and in practice.” Although there is increased emphasis, not all medical practitioners are satisfied. Traditional medical emphasis on cure and doctor directed over client/family focused care is still prevalent in attitudes and even in some of the education according to some witnesses. The Alberta Palliative Care Association is concerned that the local administrators are not sufficiently aware of palliative care needs. The Association is providing them with information.

## Current Palliative Care Availability

Palliative care is available in most parts of the province but not across all health care sectors, according to Alberta Health and the Alberta Palliative Care Association. However, palliative care is not always accessible by all individuals in the province and in many areas limited expertise or knowledge of the philosophy of palliative care results in poorly delivered care. Free-standing hospices, as well as volunteer services, and psychosocial supports, are not funded directly by Alberta Health at this time. Free-standing hospices are not funded directly by the province.

## Training in Palliative Care

In Alberta, expertise in palliative care is available in major cities from major hospitals in Edmonton, the Hospice Calgary Society, the Alberta Cancer Board, palliative care organizations, and various long-term care facilities. The University of Alberta in Edmonton and the University of Calgary provide some palliative care training as part of nursing and medical curricula. There are also two certificate programs for nurses which are related to palliative care. These courses do not completely address the needs of all palliative care clients but focus mostly on clients with malignancies, pain control needs and AIDS. Distance and cost mean that courses are not easily available to nurses outside of the major urban areas.

## Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

The Palliative Care Association of Alberta identified numerous barriers to the development of palliative care services.<sup>42</sup> These limitations summarize the situation in most provinces, according to palliative care advocates:

**Financial:** funding fitted into categories of long-term and acute care do not address the needs of palliative care patients; lack of a standardized statistical reporting system for reporting palliative care services; high cost of medication and equipment if patients return to their homes; insufficient pharmaceutical budgets in facilities; non-coverage, by the province Drug Benefit List of all palliative care-related medications; insufficient community funding for palliative care services.

**Accessibility:** time-lag after request for acute care beds and/or technologies, and difficult access to facilities for patients staying at home; private and appropriate environments are rarely available in facilities; inappropriate compensation for physicians involved in palliative care,<sup>43</sup>

42 Letter, Sandy Doze, Co-Chair Palliative Care Association of Alberta; Maureen Scott, Co-Chair, March 4, 1994

43 Physicians are paid on a fee-for-service basis. Home visits and extra time for a patient are not considered.

palliative care services are not available everywhere in the province; lack of understanding of palliative care patients' special needs by health administrators.

**Education:** lack, in palliative care education, of palliative care professionals and volunteers; lack of a specialized palliative care body of knowledge; lack of communication skills of health care providers; and lack of public knowledge of palliative care services.

**Legislative:** the current *Hospital Act/Nursing Home Act* places limitations on care levels allowed to specific facilities; lack of advance directives or legislation to ensure consideration of patients' choice.

**Coordination:** lack of a continuum of services and lack of adequate linking between services including links to specialty palliative care knowledge.

**Research/Quality:** lack of an evaluation model and standards for palliative care services; lack of research in various palliative care areas, including a focus on outcomes and quality of life for dying individuals.

**Ethics:** medical model of cure vs. care; service priorities; relation with euthanasia/assisted suicide.

## SASKATCHEWAN

According to Dr. Zach Thomas, President of the Saskatchewan Palliative Care Association:

Saskatchewan Health has assigned a high priority for palliative care in the province. Palliative care has been designed as one of the ten core services for which Health Districts are responsible [...] there are palliative care programs at various stages of development throughout the province [...] palliative care is considered an important component of the health care structure of this province and a leading example of integration of different sectors of care and community relevant delivery of care.<sup>44</sup>

In 1994, Saskatchewan Health released, in collaboration with the Saskatchewan Palliative Care Association, its Guidelines for Developing an Integrated Palliative Care Service that would extend existing programs and govern the establishment of new ones. It builds on current programs such as a Home Care Program established in 1978 which provides assessment, nursing, volunteer services and care coordination in 45 districts. Another long-term program, Special Care Home services "is provided by 171 special care homes and 99 hospitals. Approximately 93% of long-term care beds are in special care homes. Most facilities are operated by non-profit boards. 85% of long-term care residents have heavy care needs."<sup>45</sup>

Funding for palliative care services is provided through the Health District which oversees:

that sufficient and appropriate funding is available for acute in-patient care, long-term care and home care [...] extra funds are being directed towards Community palliative care so that not only sufficient home care human resources (nursing, home support) are available but also medications and supplies free of charge to ease the financial burden on patients and families while choosing to remain at home.<sup>46</sup>

The Saskatchewan Palliative Care Association promotes the advancement of palliative care services in the province through partnership with Saskatchewan Health to develop the provincial palliative care policy. It

---

44 Letter, Dr. Zach Thomas, President, Saskatchewan Palliative Care Association, December 29, 1994.

45 Health Canada, 1993, 26.



held a workshop in 1994 to facilitate the implementation of this policy throughout the province. It advocates enhancement and development of palliative care programs in Health Districts.

### Current Palliative Care Availability

The Saskatchewan Palliative Care Association stated the provincial health care system is a world leader [in] realizing the significance of palliative care as a prime example of the “Wellness Model” of care.” Funds are provided to support a “broad spectrum of palliative care initiatives,” including “full benefit palliative care coverage and introduction of free supplies for palliative care persons in the community.” The actual services provided are:

One full time salaried physician for providing palliative care medical support in one major city. In the other major city there are three physicians who provide part time coverage and receive a component of salary for their time commitments towards palliative care. To a large extent, the day to day medical care is provided by patient’s own family physicians supported by specialists and oncologists. Provision of nursing and other support services are through salaried personnel employed by Health Districts. Individuals and community organizations provide volunteer services, as well as funds, to support areas of activities not funded by the health care districts; such as bereavement support.<sup>47</sup>

While initial palliative care programs were directed towards cancer patients, they are increasingly available to patients suffering from all types of diseases, including HIV/AIDS. The Association also promotes the establishment of a Provincial Palliative Care registry which would be a first of its kind anywhere, and would greatly enhance planning for service delivery and research initiatives.

### Training in Palliative Care

The Saskatchewan Palliative Care Association contributes to numerous educational initiatives at all levels in the provinces such as an educational training program of community caregivers in rural areas; it also provides information and resources (phone calls, literature, books, videos, the Association newsletter, etc.. Training for physicians and nurses exists in Regina and Saskatoon. District medical societies and departments of Continuing Education (medical and nursing) organize and provide educational opportunities for physicians, nurses and other care-givers.

### Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

The Association identifies “management of pain, resolution of psychosocial problems and meeting of spiritual needs” as high priority needs to be met, as well as improving the awareness of both the caregivers and the public in general concerning palliative care programs, adequate provision of beds for long term care of palliative care patients in their own communities, continuous education, development of a body of knowledge in palliative care, and full integration in the health care delivery system leading to the creation of a “smooth flow system without seams and gaps so that persons can receive optimum care at the most appropriate location.”

Dr. Thomas, president of the Saskatchewan Palliative Care Association is optimistic. He stated that the “health care reform initiatives have greatly benefited the development of palliative care services” in Saskatchewan, “as the health care services in each Health District come under one unified administration structure, this has facilitated: need based planning, team approach, appropriate resource allocation, and

46 Letter, Dr. Zach Thomas, President, Saskatchewan Palliative Care Association, December 29, 1994.

47 *Ibid.*

coordinated delivery. This has brought "wholesomeness" to the care being provided and thereby preventing fragmentation and sectorial considerations.<sup>48</sup>

## MANITOBA

There are two palliative care centres in Manitoba; one is at the Riverview Hospital and the other at St. Boniface Hospital. The latter has about 200 active cases on their palliative home care program, which offers a telephone help-line. The Riverview Hospital also offers a home care program. According to Dr. Deborah Dudgeon, Medical Director of the Palliative Care Program at St. Boniface Hospital, most pain problems are managed by general practitioners. She added:

there are a number of rural programs throughout Manitoba as well [...] and there is certainly more palliative care in the community than in institutions, and that is where it should be.

*Dudgeon, 17:53*

Manitoba Health provides palliative care-related services such as home care (therapy, oxygen, dialysis, etc.) and respite care (respite to caring family through short-term admission to a personal care home).

James C. Mcrae, Manitoba Minister of Health, wrote to the Committee that:

palliative care services are categorized as hospital palliative care, community-based home care and other community-based services. Funding for palliative care services is through the funding allocated for hospitals and for the provincial home care program. Hospitals with palliative care programs fund them within the overall budget. The provincial home care program provides a range of services based on assessed individual care requirements. Manitoba Health funds home care services directly or through purchase of service arrangements or through grants to external agencies.<sup>49</sup>

## Training in Palliative Care

Dr. Peter Kirk, Vice President of the Manitoba Hospice Foundation, and Department Head of Family Medicine at the University of Manitoba told the Committee:

that for all family practice residents (the postgraduate program) should receive as part of their core training, training in palliative care. The program is two-year; one month is spent by all residents in palliative care. At the undergraduate level, an average of nine hours is devoted to palliative care. The Manitoba Hospice Foundation has a program for volunteers which involves 16 hours.

*Kirk, 17:53.*

## Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

Dr. Dudgeon considers that palliative care is given a low priority in the overall health care structure of Manitoba. For her, the province has not given any official or unofficial encouragement to the advancement of palliative care. The two major clients' needs which are not met are: home care support, and absence of knowledgeable physicians and nurses in the community for assessment and treatment of patients. One of the

---

48 *Ibid.*

49 Letter, James C. Mcrae, Manitoba Minister of Health, October 4, 1994.



major barriers to the development of palliative care is the insufficient funding for human resources and education.<sup>50</sup>

## ONTARIO

The Ontario Government is making significant changes to its health care system. In December 1992, the Ministry of Health announced an annual \$4.8 million redirection of funds for:

Exciting new initiatives in community palliative care, the care of the dying patients and their families. These initiatives were aimed at improving the care available to such patients in their home and in long-term care institutions by means of four initiatives: education of interdisciplinary service providers, education of family physicians, support and maintenance of hospice volunteer visiting programs, and the establishment of pain and symptom resources teams in all areas of Ontario.<sup>51</sup>

The Ontario Palliative Care Association stresses that: "the most outstanding feature of the whole process of these initiatives was the key concept of partnership with many diverse groups sharing a common interest in improving palliative care delivery in Ontario."<sup>52</sup>

Recently, the Ministry of Health has been focusing on the community-based service sector. With Bill 173, multi-services agencies will be created to manage and coordinate service delivery. "With the implementation of this Act, enhanced services for palliative care patients will be available in the community. This will allow for more flexibility in planning for services needed for palliative care patients at home."<sup>53</sup>

## Current Palliative Care Availability

According to the Ontario Palliative Care Association:

Palliative care is provided in a number of settings. Services range from full palliative care teams and designated units in hospitals, to beds scattered throughout facilities with a variety of personnel trained in the provision of palliative care. The 38 home care programs in Ontario provide palliative care services to patients in their own home. Some programs have designated palliative care case managers with specialized interdisciplinary palliative care teams. The services are often enhanced by volunteers through local hospice programs. Specialized hospital palliative care teams work in partnership with community service providers acting as expert resources in pain and symptom management and providing crisis intervention when needed.<sup>54</sup>

On June 15, 1994, Ms. Heather M. Balfour, of the Community Hospice Association of Ontario, described to the Committee the organization of hospice programs affiliated to her organization in Ontario:

50 Fax, Dudgeon, St-Boniface General Hospital, November 30, 1994.

51 Fax, Ontario Palliative Care Association, February 6, 1995.

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

54 *Ibid.*

Hospice programs are primarily volunteer support oriented, although some of them have nursing, therapy, social work and/or physicians on staff or on a service arrangement. Most of our hospices provide care to people in their own homes, although we do have one that is a free standing hospice. Many of our hospice programs provide a combination of services, including day-care and day-care centres, care to client in a hospital or in a nursing home, and also respite care. Most of our hospice programs are not diagnosis specific. Most of our hospices do get some provincial government funding as a result of the recent Ontario Ministry of Health Palliative Care Initiative. The bulk of their financial support comes from generous individuals, foundations and community groups.

*Balfour 10:5.*

The first Ontario hospice was created in 1979 in Windsor. In 1989, there were eight hospices in the province. (Most of the 60 affiliated hospices were created in the 1990s) Ms. Balfour expects that more hospice programs will be developed.

### **Training in Palliative Care**

In December, 1992, the Ministry of Health provided funds for 30-hour courses for service providers and family physicians. It is also planned that 124 family physicians will receive formal education in palliative care as well as practicum in a palliative care setting. The five medical schools in the province share the responsibility for this program. Training is also available for volunteers.

### **Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery**

Although progress is being made, the development of palliative care in Ontario must overcome a traditional absence of government policy, lack of financial support, professional and public ignorance and apathy. According to Ms. Balfour hospices lack staff 95% of persons working there are volunteers. The Association's view is that:

The issues that confront dying patients and their families and community care providers are varied and complex. The funding provided through these [government] initiatives represents a limited response to the palliative care needs of a large, culturally and socially diverse population. Further support will be needed to meet the immediate and future needs for palliative care expertise in Ontario.<sup>55</sup>

## **QUEBEC**

### **Current Palliative Care Availability**

Quebec has a unique system where some doctors receive fixed salaries. This is an improvement over the fee-for-scheduled service system of other provinces wherein billable time for palliative work is a major problem. The building of multidisciplinary palliative care teams is thus facilitated. According to Dr. Mount:

---

55 Fax, Ontario Palliative Care Association, February 6, 1995.



Quebec handles the funding mechanism differently. The problem in most provinces, including Ontario, is that you cannot make a living doing palliative care because of the nature of the medical acts on a medical act basis. There just are not enough acts of the kind that are remunerated. Quebec instituted a *salaire fixe* or vocation [...] It is a way of putting physicians on salary to do palliative care. None of us get rich doing it, but we make a good living.

*Mount 5:39*

The originality of the Quebec model is: "the willingness to integrate health and social services in a common process of opening care practices to the more social dimensions of illness, misery and suffering."<sup>56</sup>

Dr. Louis Dionne, Executive Director of the Maison Michel Sarrazin, provided the Committee with a positive portrait of palliative care services in Quebec:

Most university hospitals have created palliative care services for terminally ill patients including home care, a consultation team, a clinic for symptom control and a bereavement service. Some are oriented towards research and teaching. La Maison Michel Sarrazin is a teaching center that has been affiliated with Laval University for 10 years [...] It has raised a movement called *Le mouvement des soins palliatifs* throughout the province of Quebec. In Montreal there are good centres such as l'Hôpital Notre-Dame and l'Hôpital Royal Victoria that have done exactly the same. This movement has created a desire for the people who look after patients to have palliative care in their own institutions.

*Dionne, 13:22*

La Maison Michel Sarrazin operates a home-care program in collaboration with local health centres and the Centre locaux de services communautaire. L'Association québécoise des soins palliatifs stated in its brief: palliative care services are implemented in all regions in Quebec, however, they are not well enough known and are badly operated."<sup>57</sup>

The palliative care service of the Royal Victoria in Montreal was created in 1974. It was the first service to integrate a home maintenance program, a consultative service for all hospital's patients, an external clinic, a bereavement program for families, and a specialized hospital unit which included teaching and research activities. It is the first in the world to be integrated into a short-term hospital. In St-Boniface's Hospital, in Manitoba Dr. Paul Henteleff, the president of the Canadian Palliative Care Association was the first, in Canada, to open a palliative care unit. The Royal Victoria palliative care service is still, after 20 years, an international reference model. Finally, in Montreal, l'Entraide Ville-Marie was the first home care service to be organized in Canada.

## Training in Palliative Care

In 1991, the McGill Medicine Faculty and its Oncology Department, created the Palliative Care, Medicine, McGill division to maintain and facilitate the development of clinical programs and to ensure minimal palliative care standards in all participating hospitals. They also have the responsibility to devise a pre-doctoral curriculum, a post-doctoral teaching program and continuous medical training, including the organization, every second year, of the Care for Terminally Ill patients International Congress. There also is a clinical and psycho-social research program with affiliated institutions.

56 Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (Commission Rochon) 1988, 400-401.

57 L'Association québécoise des soins palliatifs, November 17, 1994.

The Maison Michel Sarrazin created with l'Université Laval "La chaire de soins palliatifs de l'Université Laval" in 1992 to foster the development of teaching and research in palliative care. Activities are included in the curriculum of the 1st year as well as the 4th year for medical students.

### Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

The Quebec government strongly supports palliative care services and is geared toward providing a proactive response to the population's needs, according to Dr. Dionne. He further stated that education in palliative care is provided within the Quebec city region to almost all generalists and specialists. There is room to extend education and training opportunities to all health care professionals.

Dr. Dionne pointed to further research on the control of pain and especially suffering related to the psycho-social situation of the patient. He also believes that the public should be provided with current information on palliative care and other related issues.

## NEW BRUNSWICK

### Current Palliative Care Availability

Dr. Sydney Grant, Medical Director for the New Brunswick Extra-Mural Hospital and Medical Director of the Palliative Care Unit at the Dr. Everett Chalmers Hospital in Fredericton told the Committee "there is unofficial encouragement in our province in the sense that we have palliative care units in our major hospitals and that palliative care directors (when providing palliative care to patients) are paid on a fee-for-session basis."<sup>58</sup> He also states that "there is enough funding in this province for palliative care"<sup>59</sup> The following exchange with Reverend Kenneth Weir of New Brunswick is also worth noting:

Rev. Weir: We have something which is unique in Canada. We have the extra-mural hospitals and nurses who are extra-mural [...] We have this available in our province and we have nurses and ancillary staff there. We also have trained professionals in our institutions. People die at home and in institutions all the time with support systems

Q. [in New Brunswick palliative care is available to nearly 100 per cent of the population?]

Rev. Weir: Absolutely.

Q. [with adequate pastoral, nursing and medical care?]

Rev. Weir: Yes.

Q. [With a good team?]

Rev. Weir: Yes.

*Weir, 24:28-29*

The New Brunswick Extra-Mural Hospital is responsible for palliative and acute care programs, as well as for a long-term home health program in New Brunswick. It was established in 1981 to address interrelated major health problems such as growth and aging of the population, high costs of construction and operations for hospital/care institutions, and a high prevalence of long-term degenerative conditions.

The New Brunswick Extra-Mural Hospital is a hospital corporation under the *New Brunswick Hospital Act*, patients are admitted, cared for and discharged by physicians, the staff is all health care professionals, and all patients have the status of hospitalized patients for insured services provided under the provincial legislation. Its objectives are to provide:

---

58 Fax, Haslam, December 8, 1994.

59 *Ibid.*



- 1) an alternative to hospital admission
- 2) an alternative or postponement of admission to nursing homes
- 3) long-term continuous home health care to chronic invalids, disabled of all ages, and terminally ill persons

Major services such as nursing (on a 24-hours basis), dietary, respiratory and occupational therapies, physiotherapy and social work (home makers, meals-on-wheels and sick room supplies), x-ray and laboratory services are offered through other institutions.<sup>60</sup> The target population is the provincial population of New Brunswick, i.e. "those persons whose illnesses do not, or no longer, require the 24-hour surveillance, high technology, and the concentration of diagnostic and treatment services characteristic of the modern active treatment hospital".

### Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

Dr. Grant points to some resistance on the part of physicians to become involved in palliative care because of a lack of awareness of palliative care services and philosophy. For him, the main priority is public education on palliative care and death and dying issues. He also refers to a substantial need for respite care.

Ms. Brenda Haslam, Chair of the New Brunswick Palliative Care Association and Board Member of the Canadian Palliative Care Association agrees that the chief need is education for health care professionals and the general public. Stronger support services, including respite care are required.

## NOVA SCOTIA

In 1991, the province had the highest cancer mortality rate in Canada for women and the second highest for men, according to Statistics Canada. In 1993, there were 2,300 cancer deaths and 4,700 new cancer cases. The first palliative care programs in the province were developed to meet the needs of dying cancer patients.

Nova Scotia was one of the first provinces, in the mid-eighties, to adopt guidelines for palliative care services<sup>61</sup>. The Government of Nova Scotia has adopted in principle a modification to its physicians' compensation system. The new arrangement is based on a session-fee scheme and is applicable to doctors practising in palliative care. The provincial Metropolitan Hospital recommended the establishment of a coordinated program of palliative care services into a provincial program of comprehensive oncology services available everywhere.

### Current Palliative Care Availability

Palliative care services are "initiated and supported by community efforts in all sectors"<sup>62</sup>. There is also a palliative care service (6 beds, a consultation service and a home care service) funded by the province in the Camp Hill Medical Centre in Halifax.

### Training in Palliative Care

"There are 16 hours in the undergraduate medical curriculum specifically assigned to palliative care at Dalhousie University School of Medicine, while the Camp Hill Medical Centre, in Halifax, is affiliated with Dalhousie University as a teaching institution. Medical students may choose to do elective or selective

60 New Brunswick Extra-Mural Hospital, *Summary of Operations*, 6.

61 Nova Scotia Palliative Care Association 1994, (A) 3.

62 *Ibid.* 1994 (B) 5.

rotations within the Palliative Care Service, and family medical residents may choose to do an elective in palliative care; in 1995, training periods will also be available for nurses.<sup>63</sup>

### **Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery**

Most palliative care services are situated in the Halifax Metro area and are accessible to a minority of patients according to the Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association. Funding throughout Nova Scotia is considered "fragmentary and inconsistent" by Dr. Ina Cummings. She identifies education and resources as the major barriers to the development of palliative care in the province.

## **PRINCE EDWARD ISLAND**

### **Current Palliative Care Availability**

Ten beds are available in the province for palliative care. The Prince Edward Home, a long-term care facility, provides eight of them. A part-time medical specialist and two on-call physicians with palliative care training provide services. The average length of stay is 30 days and there often is a waiting list. The Prince Edward Home does not provide a 24 hour home care service. It can rely on approximately 200 volunteers. The Western Hospital provides 2 other beds in its palliative care unit. Referrals are made by family, health professionals and home care workers.<sup>64</sup>

### **Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery**

In July, 1994, The Island Hospice Association identified limitations and gaps in the delivery of palliative care services in Prince Edward Island. They identified the problems as follows:

No official government policy on palliative care services.

No central information or referral to services and a "fragmented system of limited, unequal and unpredictable access to palliative care services [...] a convoluted entry point to available services".

Limited home care support, and no outpatient, consultation or formal educational services. Most resources are in the Charlottetown area.

A lack of professional and public education concerning availability of palliative care services. Patients of modest means are forced to rely exclusively on family physicians, who may have neither the time nor the expertise required to manage complex physical problems or to coordinate all the support required for the patients and their family.

A lack of formalized physicians' consultation service, which leads to large differences in pain and symptom management.

Limited after-hours support available: current home care programs are built on a model of short-term convalescent and long-term maintenance care for the elderly and the disabled.

A lack of alternative choices to institutional care.<sup>65</sup>

---

63 Letter, Ina Cummings, November 3, 1994.

64 Island Hospice Association, 1994, 19.

65 *Ibid.* 5-6.



## NEWFOUNDLAND

### Current Palliative Care Availability

There is an eight bed facility at St. Clare's Mercy Hospital in St. John's and Dr. Margaret Scott's position as Provincial Palliative Care Consultant is funded by the Memorial University of Newfoundland and the Newfoundland Cancer Foundation. Dr. Scott says that local clinics and hospitals are developing palliative care services: "St.-Clare's has extended its service to acute care consultations; and the Cancer Foundation is establishing a designated interdisciplinary team. Funding for St.-Clare's palliative care service was \$650,000 in 1993 (all other programs were part of the provincial Department of Health global budget). However, Dr. Scott did not have the average cost for palliative care beds in a hospital, hospice, or home care."<sup>66</sup>

The Newfoundland and Labrador government includes palliative care within its program of Continuing care but makes no special allocations for it. In a letter the provincial Minister of Health said the province "does not fund programs - funding is from institutional global budgets. A facility can set its own budget for specific programs within their global allocation."<sup>67</sup>

### Training in Palliative Care

The Newfoundland and Labrador Minister of Health, Lloyd G. Matthews, said in his letter:

Continuing education of physicians is done through the Division of Continuing Education, Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland, and education of institutional staff by in-service and continuing educational programs within the specific facilities. There are opportunities for staff to attend conferences and education opportunities both outside the facility and outside the province.

### Limitations and Gaps in Palliative Care Service Delivery

Joan Davis, Assistant Deputy Minister of Health, identifies five gaps in service delivery: "availability of physicians who are willing to provide services in an individual home; access to services across geographic areas of the province; availability of equipment such as the pump for continuous subcutaneous infusion of medications (CSCI) for pain management; the home support often needed exceeds the available financial resources; and support and counselling for the family is very limited." Dr. Scott adds that some patients are not referred soon enough and that some health care professionals do not perceive palliative care as a therapeutic option.<sup>68</sup>

Dr. Scott identified three major issues for the near future: "professional attitude, knowledge and availability; public awareness of palliative care; and ethical and research issues at all levels." She recommends emphasis on palliative care in undergraduate and postgraduate education, physicians' continuing education, and public debate.

66 Fax, Margaret Scott., December 2, 1994; accompanying text from Joan Davis, Assistant Deputy Minister (ADM) of Health, and input from E. Davis, Chief Executive Officer, Health Care Corporation of St. John's.

67 Letter, Newfoundland and Labrador Minister of Health, November 14, 1994.

68 Fax, Margaret Scott, December 2, 1994; accompanying text from Joan Davis, Assistant Deputy Minister of Health, and input from E. Davis, Chief Executive Officer, Health Care Corporation of St. John's.

## NORTHWEST TERRITORIES

The Northwest Territories does not provide separate funding for palliative care: "funding for palliative care cannot be isolated from the rest of the health care budget; it would however be very small in comparison to the overall health care budget."<sup>69</sup>

### Training in Palliative Care

The Department of Health and Social Services stated that the Northwest Territories encourages the advancement of palliative care education through "a contract for gerontology services; education is one of the roles of the gerontologist and topics relating to palliative care have been included in the past for health professionals and community members."<sup>70</sup> The Department said individual facilities provide training to their staff.

## YUKON

According to Joy Kajiwar, Director Continuing Care, Health and Social Services for the Yukon, "unofficial support is provided through funding for hospice [care] incorporated in global funding for hospital, operating budget for Home Care and continuing care facilities and contribution agreements to hospice."<sup>71</sup>

## CONCLUSION

Information regarding the current status of palliative care in the provinces was provided by provincial health departments' officials and by representatives of palliative care associations who responded to an interview by telephone and filled out a questionnaire describing palliative care in their province, and by witnesses who appeared before the Committee.

Respondents felt the commitment to palliative care was substantial in four provinces: Saskatchewan, Ontario, Quebec and New Brunswick, while respondents felt that a low priority was given to palliative care in Manitoba and Prince Edward Island. Respondents from other provinces either expressed their concerns about the future of these services or stressed considerable gaps in services.

To summarize, the situation of palliative care in Canada reflects the current health care situation. It is characterized by change and great expectations as well as concern for the future since health care services are in a process of decentralization.

---

69 Letter, Elaine Berthelet, Acting Deputy Minister, October 11, 1994.

70 *Ibid.*

71 Letter, Kajiwar, Continuing Care, Health and Social Services, Yukon, November 2, 1994.



## Appendix Recent Reports from Foreign Jurisdictions

---

*In 1994, a Select Committee of the House of Lords was struck to consider the "ethical, legal and clinical implications of a person's right to withhold consent to life-prolonging treatment and the position of persons who are no longer able to give or withhold consent; and to consider whether and in what circumstances actions that have as their intention or likely consequence the shortening of another person's life may be justified on the grounds that they accord with that person's wishes or with that person's best interests...". In addition, in the United States, several states had appointed task forces to analyze and make recommendations to the state legislatures with respect to end of life issues. The complete list of recommendations of the Medical Ethics Committee of the House of Lords and the New York State Task Force on Life and the Law have been reproduced below.*

### **House of Lords Select Committee on Medical Ethics: Recommendations - January 1994**

We recommend that there should be no change in the law to permit euthanasia.

We strongly endorse the right of the competent patient to refuse consent to any medical treatment.

If an individual refusal of treatment by a competent patient is overruled by the Court, full reasons should be given.

We strongly commend the development and growth of palliative care services in hospices, in hospitals and in the community.

Double effect is not in our view a reason for withholding treatment that would give relief, as long as the doctor acts in accordance with responsible medical practice with the objective of relieving pain or distress, and without the intention to kill.

Treatment-limiting decisions should be made jointly by all involved in the care of a patient, on the basis that treatment may be judged inappropriate if it will add nothing to the patient's well-being as a person.

We recommend that a definition of pvs and a code of practice relating to its management should be developed.

Development and acceptance of the idea that, in certain circumstances, some treatments may be inappropriate and need not be given, should make it unnecessary in the future to consider the withdrawal of nutrition and hydration, except where its administration is in itself evidently burdensome to the patient.

Treatment-limiting decisions should not be determined by considerations of resource availability.

Rejection of euthanasia as an option for the individual entails a compelling social responsibility to care adequately for those who are elderly, dying or disabled.

Palliative care should be made more widely available.

Research into pain relief and symptom control should be adequately supported.

Training of health-care professionals should prepare them for ethical responsibilities.

Long-term care of dependent people should have special regard to maintenance of individual dignity.

We support proposals for a new judicial forum with power to make decisions about medical treatment for incompetent patients.

We do not recommend the creation of a new offence of "mercy killing".

We strongly endorse the recommendation of a previous Select Committee that the mandatory life sentence for murder should be abolished.

We recommend no change in the law on assisted suicide.

We commend the development of advance directives, but conclude that legislation for advance directives generally is unnecessary.

We recommend that a code of practice on advance directives should be developed.

We do not favour the more widespread development of a system of proxy decision-making.

HL Paper 21-I, January 1994, page 58



### **When Death is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context The New York State Task Force on Life and the Law. May 1994**

The principles identified by the Task Force are set forth below. The Task Force believes that these principles will offer important guidance for physicians while respecting the need for professional judgment in formulating treatment recommendations.

- Physicians have a professional obligation to provide appropriate pain relief and palliative care.
- Physicians have a professional obligation to assess and treat depression or refer patients for treatment.
- Physicians should not refrain from discussing a patient's suicidal thoughts, and indeed should explore, discuss, and respond to a patient's indications of suicidal thinking. This is an important aspect of care and also may facilitate prevention of suicide.
- Physicians should not perform euthanasia or assist a patient to commit suicide. However, the provision of medication that may hasten a patient's death is ethically and professionally acceptable, provided the medication is not intended to cause the patient's death or to assist the patient to commit suicide, and the medication is provided in accord with accepted medical standards.



- A physician may appropriately provide medication in the face of a known risk of suicide, provided that the benefits of the medication outweigh the risk and the physician has considered the comparable benefits and risks of alternative treatment options.
  - The provision of medication used by a patient to commit suicide does not, in itself, establish that the physician intended to assist the patient to commit suicide. Rather, an evaluation of the physician's intent must take into account a range of factors, such as the physician's reasons for providing the specific amount and type of medication, and whether the amount and type of medication could have served a legitimate medical purpose for the particular patient in light of identified treatment goals.
1. Patients' participation in treatment decisions contributes to their sense of self and well-being. Physicians should seek patients' participation in decisions about withdrawing or withholding life-sustaining treatment early enough in the course of illness to give patients a meaningful opportunity to have their wishes and values respected. (p. 153)
  2. Health care professionals have a duty to offer effective pain relief and symptom palliation to patients when necessary, in accord with sound medical judgment and the most advanced approaches available. (p. 158)
  3. Physicians and nurses must be aware that psychological dependence on pain medication rarely occurs in terminally ill patients. While physical dependence is somewhat more common, proper adjustment of medication can minimize any negative effects. Concerns about psychological or physical dependence should not prevent patients from receiving appropriate palliative treatments. (p. 160)
  4. The provision of appropriate pain relief rarely poses a serious risk of respiratory depression. Moreover, the provision of pain medication is ethically and professionally acceptable even when such treatment may hasten the patient's death, if the medication is intended to alleviate pain and severe discomfort, not to cause death. (p. 162)
  5. The education of health care professionals about pain relief and palliative care must be improved. Training in pain relief and palliative care should be included in the curriculum of nursing schools, medical schools, residencies, and continuing education for health care professionals. In addition, biomedical research facilities should engage in further research in the physiology of pain and its appropriate relief, both at the basic and the clinical levels. (p. 165)
  6. Hospitals and other health care institutions should explore ways to promote effective pain relief and palliative care and to remove existing barriers to this care. (p. 167)
  7. Public education is essential to improve pain relief practices. Nurses and physicians should create an atmosphere that will encourage patients to seek relief of pain. To the extent possible, strategies for pain relief should give patients a maximal sense of involvement and control. (p. 169)
  8. Insurance companies and others responsible for health care financing should promote effective pain and symptom management and address barriers that exist for some patients. (p. 170)
  9. New York State statutes regulations should be modified to improve the availability of medically necessary analgesic medications, including opioids. This should be done in a balanced manner that acknowledges the importance of avoiding drug diversion. (p. 171)

10. Health care professionals should be familiar with the characteristics of major depression and other common psychiatric illnesses, as well as the possibility for treatment. They must be sensitive to the special factors complicating the diagnosis of these conditions among the elderly and the terminally ill. Physicians must also be trained to distinguish major clinical depression from the sadness and temporary reactive depression that often accompany terminal illness. Major clinical depression is generally treatable and can be treated effectively even in the absence of improvement in the underlying disease. Patients should also receive appropriate treatment for less severe depression that often accompanies terminal illness. (p. 175)
11. It is common for terminally ill patients to have suicidal ideation, although patients rarely act on such thoughts. Physicians should create an atmosphere within which patients feel comfortable expressing suicidal thoughts. Discussion with a physician or other health care professionals about suicide does not prompt suicide; on the contrary, talking with health care professionals often decreases the risk of suicide. (p. 177)
12. When a patient requests assisted suicide or euthanasia, a health care professional should explore the significance of the request, recognize the patient's suffering, and seek to discover the factors leading to the request. These factors may include insufficient symptom control, clinical depression, inadequate social support, concern about burdening family or others, a sense of hopelessness, spiritual despair, loss of self-esteem, or fear of abandonment. These issues should be addressed in a process that involves both family members and health care professionals. (p. 179)



## Appendix O

# Medical Decisions Concerning the End of Life in the Netherlands

---

The Special Committee learned early in its study that the Netherlands' experience with euthanasia and assisted suicide was particularly controversial in Canada. In part, this was probably because of misunderstandings as to the status and definition of euthanasia in the Netherlands. Euthanasia and assisted suicide are criminal offences under the equivalent of our *Criminal Code*, but neither action is prosecuted if certain conditions are met and safeguards observed. Because of differences in the structure of the criminal law, this situation would not be possible in Canada and can be difficult for Canadians to grasp. The legal situation and the definition of euthanasia in the Netherlands are discussed in detail in section 2.0 of this paper.

Partly as a result of legal and definitional differences, some witnesses said that euthanasia was performed far more often there than was officially admitted. Others suggested that the introduction of semi-legalized euthanasia had inhibited the development of good palliative care, in contrast to England where euthanasia is illegal and there is an extensive network of hospices. Still other witnesses argued that the Dutch example supports the "slippery slope" argument: that any condonation of euthanasia or assisted suicide detracts from the absolute value of life and will inevitably lead to its increasing prevalence among both consenting and non-consenting patients. Particular concern was expressed for the elderly or disabled, who might feel social or emotional pressure to request euthanasia so as not to be a burden on their family or society.

In order to deal with these concerns, the Committee held a video-conference on October 25, 1994 with a number of Dutch legal and medical experts experienced in the issues of euthanasia and assisted suicide.<sup>72</sup> The video-conference included two sessions lasting more than six hours. The following paper is based on the results of those discussions, as well as on background documentation published in both the Netherlands and Canada.

In his introductory address to the video-conference, Dr. Gerrit van der Wal addressed criticisms of the Dutch system and described the concerns about euthanasia and assisted suicide that exist in the Netherlands itself:

The argument that the Dutch practice of euthanasia is fuelled by scarcity of health care resources, especially for elderly people in nursing homes, has no support. Most cases of euthanasia take place at home and concern patients who, after hospitalization and treatment have proven ineffective, have a life expectancy of less than a month...

It has also been argued that pain treatment in the Netherlands is insufficient, and, hence, the argument continues that patients are forced into an unnecessary wish for euthanasia. Whether or not this is the case — and I do not believe that it is so — it is not of significant

---

72 See Appendix A for a list of participants.

importance for the practice of euthanasia, since in only about 5 per cent of cases is pain the most important reason for requesting euthanasia.

Finally, it has been argued that the Dutch experiment will inevitably lead downhill — the slippery slope argument... It must be maintained that openness and critical investigation are the most important ingredients for the prevention of a slippery slope.

Do we have problems? Yes, of course, we have problems. I hope this presentation has shown that there are at least three main issues with which we are confronted: first, the substantial existence of cases of unrequested termination of life and a related gray area; second, the reporting of cases of euthanasia to the public prosecutor; third, the need for improvement of the quality of the medical community's views and performance regarding the end of life.

*van der Wal 20:10-11*

Although it seems probable that the approach of the Netherlands to euthanasia policy will continue to generate controversy, there is one point on which there appears to be consensus. At no point was it suggested to the Committee that the Netherlands model could be successfully transferred to Canada. There is much to learn from the Netherlands, if only because the Dutch approach has resulted in better data on euthanasia being available than in societies where euthanasia remains illegal. However, Dutch experts are the first to point out that the Netherlands' approach to euthanasia evolved from specific aspects of Dutch culture, and is not transferable. Dr. van Delden, one of the participants in the video-conference, has put it as follows:

Does the Dutch approach to euthanasia provide a model for Canada? Apart from the normative part of any answer, my response would be a caveat: euthanasia is not a subject to be treated out of context. If you take euthanasia policy from the Dutch context and insert it into another health care system and culture, a disaster might result. I do not want to suggest that euthanasia is only acceptable (if at all) in the Netherlands; but only that euthanasia cannot be separated from its cultural context.<sup>73</sup>

## 1. The Socio-Medical Background

### 1.1 The Cultural Setting

The Netherlands has a population of 15 million people, and had 129,000 deaths in 1990, the year the van der Maas study was undertaken (see section 3.0 for a description of this study). The Royal Dutch Medical Association has noted that a variety of social factors led to the current view on euthanasia: increasing emphasis on patient decision-making, and an openness on the part of doctors to discuss with their patients their condition, treatment and prognosis; an increasing emphasis on personal autonomy; and the focus of Dutch churches, other than the Roman Catholic Church, on moral choices made by the individual.<sup>74</sup> In 1991, the religious affiliation of the population aged 18 years and over was 34 per cent Roman Catholic, 17 per cent Dutch Reformed Church, 8 per cent Reformed Churches, 5 per cent other religious affiliation, and 37 per cent with no religious affiliation.<sup>75</sup>

Commentators on the Dutch cultural milieu invariably mention an entrenched pattern of openly discussing difficult issues.

---

73 "Euthanasia in the Netherlands: The Medical Scene", in Barney Sneiderman and Joseph M. Kaufert, eds., *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada*, Legal Research Institute of the University of Manitoba, 1994, p. 25.

74 House of Lords, *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, London, 31 January 1994 Appendix 3, pp. 64-66.

75 *The Statesman's Year Book*, edited by Brian Hunter, 130th edition, 1993-94, pp. 998-999.



In terms of culture, the former cabinet answered a question from Parliament concerning why the Netherlands seems to be so much more advanced in [euthanasia policy]. The official answer was that it has something to do with Holland's historical background; that the Dutch have always been an open and honest people. It was stated that they are a self-determined people who want what they think is good for themselves.

These attributes combined with the honesty to name an issue and to speak openly have taken us a step forward in the Netherlands. I do not pride myself on this. It is simply the historical set-up.

*Nieuwenkamp 21:31*

Dr. van Delden has put it as follows: "I can safely say that Dutch society is one without extremes. In a sense almost everyone belongs to the middle class, and this probably has some bearing upon the fact that as a society we do not operate in a very antagonistic or legalistic way. Ours is a society characterized by the philosophy of "talking it over again," of trying to reach consensus."<sup>76</sup>

From the Dutch point of view, the difference between their experience and that of other countries is largely the openness with which the Dutch discuss the issue of euthanasia. The information that they receive from other countries indicates that euthanasia, by the Dutch definition, is being practised clandestinely.

It is the openness [in the Netherlands] which is the main difference, not the factual situation with regard to these medical decisions concerning the end of life.

*Legemaate 21:32*

## 1.2 The Health Care System

The Dutch are proud of their health care system, which is highly developed and universally available. In 1991, the following figures applied:

The total cost of health care was 51.4 billion guilders, or 9.6% of the gross national product.<sup>77</sup>

There were 165 hospitals which supplied modern health care with state of the art technology. There are 60,000 beds for a population of 15 million. Most of the health care institutions are private, non-profit institutions.

Every Dutch citizen was registered with one of the 6388 *huisartsen* or family physicians (GP's). Most primary care is provided by the G.P. in the patient's home, or in an office in the physician's home. The family physician lives in the same neighbourhood as his patients, makes house calls when the patient is too ill to come to the office, and normally has the entire family in his care. 75 per cent of the Dutch see their G.P. at least once a year.

There is a mixed system with private insurance and national health insurance under the Health Insurance Act. About 60 per cent of all inhabitants are insured under the latter scheme for virtually all health care expenses.

Only 2 percent are uninsured, but even they are covered by the *Exceptional Medical Expenses (Compensation) Act* which provides for a national insurance scheme under which everyone is insured regardless of income. The *Act* covers serious medical risks (such as a stay in hospital

76 J.J.M. van Delden, "Euthanasia in the Netherlands: the Medical Scene", in *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?*, p. 23.

77 In Canada, health expenditures levelled off at 10.1% of Gross Domestic Product (GDP) in both 1992 and 1993. (Health Canada, National Health Expenditures in Canada, 1975-1993, p. 3).

longer than one year and admittance to a nursing home) which cannot be borne by the patient personally and for which it is difficult to obtain insurance cover.

There is a legal duty imposed on all health care professionals to provide necessary care. Refusing or discharging a patient for economic reasons is a criminal offence.<sup>78</sup>

Even though nearly all Dutch people are insured Dr. Bakker did caution the committee that economic considerations must be kept in mind.

Up until now in the Netherlands, only the medical considerations have been of importance. There are no economic considerations in decisions concerning the end of life because 100 per cent of the people in the Netherlands are insured for their medicare and all other kinds of care. It is only the medical consideration that count at this moment.

However, we must be careful of that. It is an important point to keep in mind, and constant control with no economic considerations comes into the picture in this respect.

*Bakker 21:67*

In the vast majority of cases, the patient-physician relationship is longstanding, perhaps 10 or 20 or 30 years, at the time a request for euthanasia is made.<sup>79</sup>

The Royal Dutch Medical Association has a membership of 25,000, plus an indirect association with 8,000 to 10,000 physicians. The Dutch Physicians' League, an organization of doctors opposed to euthanasia, has a membership of about 650 physicians. There are approximately 40,000 doctors in the Netherlands in total<sup>80</sup> and some belong to both organizations.<sup>81</sup>

Even within the Dutch Physicians League, there are differing viewpoints on the best approach to opposing euthanasia. Dr. Zbigniew Zylicz, for example, is trained in the British school of palliative care, and the founder and medical director of the Hospice Rosenheuvel. His reason for founding the hospice was to prevent euthanasia through good palliative care.

Zylicz makes no secret of his ardent opposition to euthanasia. He is one of the 600 doctors who are members of the Nederlands Arstenverbond (NAV), or Dutch Physicians' League, which split from the Royal Dutch Medical Association over its stand on abortion and euthanasia.

But Zylicz disagrees with the NAV's anti-euthanasia tactics which consist, in part, of mud-slinging against mainstream Dutch physicians and the use of what he calls questionable research data. The NAV's tactics are too radical, and only reinforce the polarized views on the subject, Zylicz said.<sup>82</sup>

The role of nurses in the health care system, and more particularly in the issue of euthanasia, was not completely clarified by the video-conference. The one nurse who participated indicated that a nurse's role in decision-making could vary considerably depending upon the physician and head nurse involved:

---

.78 van Delden, "Euthanasia in the Netherlands", pp.23-24.

79 Mishara 2:36

80 Dillman 21:25; House of Lords, Appendix 3, pp. 64-66.

81 Bakker 21:36

82 Mullens, "A place where euthanasia is talked about but is not offered", in *Euthanasia: Dying for leadership*, p. 33.



It is sometimes the case that within the same hospital a nurse on one ward will be asked to participate in decision-making while on another ward a nurse will not be asked to participate in that process.

*Vlaming 21:20*

There also seemed to be some disagreement about whether a nurse's personal views on euthanasia could affect her or his career, not dissimilar to the debate that takes place in Canada about the effect of a nurse's views on abortion on her or his career.

I would like to point out that for nurses who do not object to euthanasia, there is no problem. However, for nurses who do object to euthanasia, there can be career difficulties. Those who object will never be promoted to head nurse, because they refuse to do certain things. I think this is wrong.

When a nurse is being interviewed for a hospital job, she is asked, "Are you willing to assist a doctor in euthanasia cases?" If she says, "No", she will not be offered the job. I think that is wrong.

Nurses still have requests that have not been fulfilled. For example, they are not yet part of the decision-making process. They participate in decision-making only when doctors allow them to take part. Otherwise, they cannot express their opinions. Many nurses feel they want to talk about it and need to talk about it, but there is nobody to talk to.

*Vlaming 21:69*

In response to a question about how many nurses in Holland are pro-euthanasia or anti-euthanasia she replied as follows:

**Mrs. Vlaming:** We have no figures on that, but there are only a few nurses who really object to being involved in euthanasia.

**Dr. van der Wal:** Some hospitals and nursing homes of a religious affiliation in the Netherlands have a policy as stated by Mrs. Vlaming. However, it is incidental, in my opinion, because it is forbidden for nurses to assist in the performance of euthanasia. It is forbidden for nurses to have a real say in the decision-making process about euthanasia and assisted suicide.

It is impossible for the management of a hospital or a nursing home to erect a career barrier for a nurse. They can ask a nurse beforehand if she has objections to euthanasia or assisted suicide. If they are prepared when they receive a request from a patient, they can give that information to the doctor or refer it to another nurse. Like doctors, it can be asked of nurses as well.

**Mrs. Vlaming:** I do not agree.

*21:70-71*

When Mrs. Vlaming was asked to expand on what the nurses felt were the main issues regarding euthanasia she responded:

The main problems for the nurses are a result of not properly defining euthanasia. We have been working with the nurses to educate them about when they should speak about euthanasia and when they should not. They feel the same as you do when treatment is withheld, or when passive euthanasia occurs. They refer to everything as euthanasia, so it is difficult. Often, they have the idea that they are euthanizing people when they are not. Approximately five or six times a week they call the bureau and say, "Can I do this? Can I do that? Is it my duty to euthanize these people?" There is no end to their questions.

The issues that we are talking about today will be of interest to the nurses in Holland also because after two years they think that they know all about it, but they do not. Emotionally, they cannot deal with euthanasia. That is the problem.

*Vlaming 21:23*

### 1.3 The Nursing Home System

The nursing home physician is a member of a distinct medical specialty, with its own licensing authorities and a separate training regime of approximately three years after a doctor has received his basic qualifications.<sup>83</sup>

[As has been said], we have about 300 nursing homes, comprised of 50,000 beds and about 700 nursing home doctors. A quick calculation will tell you that each nursing home has an average of two or three doctors and 100 to 300 beds. In each nursing home, there are about 50 to 150 nurses, as well as nursing assistants.

With regard to control, social control in the nursing homes is very high. The heart of the care there is done by nurses. Rooms in nursing homes accommodate two, four, or six patients, so there is a built-in element of control there. There are some single rooms, in particular for the very ill. I believe that is almost impossible for nursing home doctors to terminate the lives of patients who did not request it.

*van der Wal 21:37*

### 1.4 Pain Control and Palliative Care

A number of witnesses before the committee suggested that the Dutch approach to euthanasia had resulted in the underdevelopment of palliative care and hospices on the British model. Alternatively, they suggested that the demand for euthanasia in the Netherlands resulted from deficiencies in palliative care treatment. A majority of the Dutch themselves feel that these are both characterizations of the situation are inaccurate.

The government summary of the Remmelink Report refers to the importance of terminal, or palliative care:

By terminal care, the commission means the whole of assistance and care on behalf of dying humans and their next of kin. Optimal care for someone dying implies that the doctor has knowledge of adequate treatment for pain, of alternatives for the treatment of complaints about



unbearable pain and awareness of the moment at which he must allow the process of dying to run its natural course.<sup>84</sup>

During the video-conference, Dr. Heintz suggested that the number of patients who actually receive euthanasia is fairly low, notwithstanding its availability, indicates a high standard of palliative care both in the hospital and in the home situation.<sup>85</sup> The number of cancer patients who have euthanasia or assisted suicide in the Netherlands is in the range of 5 per cent, which is compatible with what the Committee was told about the percentage of patients in Canada whose pain cannot be controlled.<sup>86</sup>

At the heart of the Dutch approach to end-of-life issues is the question of autonomy and personal choice. When the House of Lords Select Committee on Medical Ethics visited the Netherlands to discuss the issue of euthanasia, the Deputy Head of the Medical Ethics Section of the Dutch Ministry of Welfare, Health and Culture, observed:

Dame Cicely Saunders [the head of the British hospice movement] had said that she would, if necessary, render patients into a state of pharmaceutical oblivion, but that for many this was not an acceptable condition. People who did not share Dame Cicely's Christian belief might prefer not to die in such a condition, but to choose euthanasia instead.<sup>87</sup>

While the Dutch do not have the British system of hospices, it is a deliberate policy rather than a sign of neglect. The Dutch system believe in bringing palliative care to the patient rather than the patient to palliative care.<sup>88</sup> On the whole it integrates palliative care into other aspects of the health care infrastructure. For example, a system of Comprehensive Cancer Centres covers the whole country. At these centres, health care organizations, hospitals, GPs and nursing homes can obtain advice or consultation from all the cancer specialists, including the palliative care specialists.<sup>89</sup>

As Dr. van Delden noted during the videoconference:

We do not have separate palliative care facilities in general. There are some facilities, but that is not the major way in which we deal with this. Palliative care is integrated into other existing forms of health care. Hence, it is integrated into the hospital. A central part is played by our nursing homes. Also, the general physician plays a central role in palliative care.

*van Delden 21:28*

Some physicians who are opposed to euthanasia agree that palliative care must be approached differently in the Netherlands. As Dr. Zbigniew Zylicz, the founder and medical director of the Hospice Rosenheuvel, notes:

In Britain, there is more of a tradition of hospitalization, of institutionalization for dying. It is different here. Dutch people are used to dying at home. In Holland, statistics show that 42 per cent of patients die at home, with fully available home nursing care, compared to only about 20 per cent in Canada and Britain. . . . To create more institutions will not help. We do not

84 The Netherlands, Ministry of Welfare, Health and Culture, "Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government View", VDB 92-034, p. 8.

85 Heintz 21:17

86 van Delden 21:24

87 House of Lords, *op. cit.*, p. 67.

88 van Delden, "Euthanasia in the Netherlands", p. 24.

89 Heintz 21:28

need here in Holland 40 or 50 hospices. We need a new way of thinking. What we need here is 30 to 50 consultants on palliative care who can work with the doctors in the community, visit patients in their homes. We need university training programs to teach the advanced methods of pain and symptom control<sup>90</sup>

Other physicians who are opposed to euthanasia believe that there is a need for more palliative medicine in Holland but that it has been hindered because of economic motives. Dr. Karl Gunning, a Dutch physician whose testimony the committee heard before the video-conference, commented:

You have heard all kinds of testimony about palliative medicine, something which we in Holland are trying to introduce. However, we are not receiving the support of the government, even though it has received a report from a committee which it initiated that states that pain treatment, when sufficient, is a solution to the problem. Why did the Dutch government not solve the problem by dealing with pain? Why did it have to introduce euthanasia? Why did it have to legalize it? I suspect that there are strong economic motives behind it.

*Gunning 17:91*

### 1.5 What the Doctors Say

Dr. Dirkjan Bakker was the only participant in the video conference who stated that he was against euthanasia for personal reasons:

My religious belief forbids me to perform euthanasia. On the other hand, I am a member of the Royal Dutch Medical Association and a member of the small group of physicians who are opposed to performing active euthanasia.

That group of doctors has some concerns about the act of euthanasia. Because the law, which does not permit euthanasia but facilitates performing it under certain circumstances, is evolving, we are afraid of the slippery slope...

Our concern is that if you have a very strict definition of euthanasia, not many patients or doctors will fulfil that criteria and the grey zone will be very large. Our concern is that the grey zone can be enlarged and when the possibility of performing euthanasia on request is widened, again the slippery slope will come into play.

At the moment, there is a lot of discussion about active euthanasia. We are free either to perform it or not to perform it. Legislation is made for the future. Future generations will not have had these extensive discussions around the problems concerning end-of-life matters. When exceptions are made more in the direction of the rule, then exceptions become the rules and rules — not to perform active euthanasia — may be exceptions in the future. That is our concern.

To be honest, a very small minority of people in the Netherlands is opposed to performing active euthanasia.

*Bakker 21:36-37*

---

90 Mullens, "A place where euthanasia is talked about, but not offered, in *Euthanasia*, *op. cit.*, pp. 33-34



The Committee was also told that, for those physicians who will perform euthanasia, it is always a difficult act.

I know doctors have done it ten times, and the tenth time it is with as much difficulty as the first. It is done on the request of the patient, and it is because the patient is suffering, but it is still very difficult for a doctor. That is my experience.

*Leenen 21:67-68*

When the Dutch panel was asked if physicians ever said "Never again" after performing euthanasia, one replied:

I was one of them. The first time I performed euthanasia, I said that I would never do it again. One of my patients then asked me to do it for him, and I decided that I could not refuse him, no matter how I felt. I had known him for almost ten years. I also knew his wife and family.

*De Heer 21:68*

## 2. The Legal Situation

One of the participants in the video-conference was Professor Leo Meijers, the Advocate General, Supreme Court of the Netherlands, who described his role as an independent scientific advisor of the Supreme Court. Another was Mr. Eugene Sutorius, a defense counsel specializing for the last ten years in Dutch law on euthanasia, a deputy judge in the Court of Appeal in Amsterdam and a member of the Ethics Committee of the Royal Dutch Medical Association.

As Mr. Sutorius pointed out during the video-conference,

the concepts that [Canadians] use in [their] criminal law system are quite different from [the Dutch] continental system, which is derived from Roman law.

*Sutorius 21:29*

Trial by jury, for example, is unknown in the Netherlands. Procedures for the administration of justice are mainly embodied in the *Code of Civil Procedure* and the *Code of Criminal Procedure*, although provisions relating to administrative procedure are found in a variety of statutes. Sixty-two cantonal and 19 district courts are courts of first instance. From district courts, appeals lie to five regional Courts of Appeal and then to the Supreme Court. All judicial appointments are made by the Crown.

The Supreme Court at the Hague has several divisions, each consisting of five judges headed by an advocate-general for a total of 24 justices. Known as the Court of Cassation (the power to quash), the Supreme Court hears appeals involving procedural errors or mistakes of law. If the Supreme Court allows an appeal on a point of law, it may be necessary to send the case back to a trial court to review how the facts of the case relate to the law as restated by the Supreme Court. The lower courts are autonomous and not bound by Supreme Court decisions. However, if they do not follow the legal principles established by the Supreme Court, their decisions will naturally be appealed to the Supreme Court. Hence, they tend to follow the precedents established by the Supreme Court even though not legally bound to do so.<sup>91</sup>

Criminal proceedings may be instituted only by the Department of Public Prosecutions. It is composed of the Advocate-General, the Solicitor-General and the advocates general at the Supreme Court; five attorneys-general, advocates-general and solicitors-general at the courts of appeal; 19 chief public

---

91 Leenen 21:33.

prosecutors, and traffic magistrates attached to district and cantonal courts for a total of 250. The department is structured hierarchically in the same manner as the judicial system. The Advocate-General is independent and is appointed for life. He is consulted by the Supreme Court in all cases brought before it and may initiate an appeal “in the interests of law” on his own initiative.<sup>92</sup>

The Department of Public Prosecutions has considerable independence. Dutch law recognizes the principle of opportunism as opposed to the principle of legality. This means that a public prosecutor is not bound to prosecute except on the express order of a court of appeal, the minister of justice or the procurator general. Mr. Sutorius emphasized the importance of the prosecutor’s role in Holland:

He can drop a case on what we call the “opportunity principal” on grounds that are in the public interest, which gives him a discretionary freedom. That is why, in the end, the Minister of Justice has political responsibility for it and has to decide whether or not he will prosecute a case.

Sutorius 21:39

It is this discretion on the part of the individual prosecutor and, ultimately, on the part of the Minister of Justice, that permits the unique Dutch approach to euthanasia and assisted suicide. Although both acts remain illegal under the *Criminal Code*, it is universally understood that no prosecutions will be initiated if certain conditions are met. In Canada, prosecutors have considerable discretion as to whether or not to initiate a prosecution depending upon their assessment of the likelihood of a conviction, but none to refuse a prosecution on “public interest” grounds where they are convinced that a criminal act has taken place and is provable. As well, with certain specific exemptions, criminal prosecutions are initiated by provincial prosecutors, and the imposition of national guidelines would be extremely difficult.

### 2.1 Definitions

As Mr. Sutorius pointed out during the video-conference, “it is not easy to translate [Dutch] concepts into proper and meaningful definitions which [Canadians] would understand”<sup>93</sup>, and this leads to numerous misunderstandings and misinterpretations of the Dutch situation.

Euthanasia is defined as a criminal offence under Article 293 of the Netherlands *Criminal Code*: “Anyone who takes the life of another person at that other’s express and serious request, will be punished with a prison sentence of a maximum of twelve years, or a category five fine.”

Assistance in committing suicide is defined as a criminal offence under Article 294 of the Netherlands *Criminal Code*: “Anyone who deliberately incites another to commit suicide, assists him in so doing or provides the means for him so to do will, if suicide follows, be punished with a prison sentence of a maximum of three years, or a category four fine.”

Three important points are implied by these definitions. Firstly, euthanasia and assisted suicide are acts; they are defined as doing something, usually handing over or administering a drug. They are not defined as refraining from action — that is, not starting or stopping a treatment (not even by the action of changing the switch of a ventilator). Secondly, euthanasia and assisted suicide are defined as voluntary (at request), thereby excluding particular patients, such as newborn infants or comatose patients. Thirdly, the term “intentionally” is usually interpreted as “with the primary intention of”. Thus the treatment of pain, for example by high doses of

---

92 George Thomas Kurian, *Encyclopedia of the First World*, Vol. II, pp. 775-6;

93 Sutorius 21:39



morphine, with the secondary effect of shortening the life span, is not considered to be euthanasia.<sup>94</sup>

Although assisted suicide and euthanasia have different legal consequences, a moral distinction between the two acts is not usually made in the Netherlands. In both cases, the physician has to comply with same procedural and substantive requirements.<sup>95</sup>

Finally, article 40 of the *Code* states: "It is a defence to a criminal charge if the accused was compelled to action by *overmacht*." The defence of *overmacht* was described by Dr. Gerrit van der Wal during the video-conference:

The legal basis of this verdict is the force majeure wherein the physician must act. The doctor is confronted with conflicting obligations: towards the patient, as a caregiver; and towards the law, as a civilian. Professional obligations force the doctors to act against the formal provisions of the law, but in accordance with viewpoints developed in medical ethics and with the explicit wish of the patient who relies on him or her.

*van der Wal 21:9*

As Professor H.J.J. Leenen, Professor Emeritus of Social Medicine and Health Law, pointed out, the term *force majeure* is a concept used in civil, or private, law in North America, but not in criminal law. Therefore, he suggested that it would be better to use the term "necessity", a concept familiar to the Canadian criminal law.<sup>96</sup>

A recent paper on the defence of necessity describes the common-law situation as follows:

In theory, then, the defence of necessity is not precluded when the accused is charged with what in effect amounts to a mercy-killing, even when ... the deceased did not consent to the act. However, even if the accused is a physician and the deceased his patient who had pleaded for a lethal injection to end his misery, the public policy of the common law is that the defence of necessity cannot be allowed to undermine the prohibition against active voluntary euthanasia (or for that matter, physician-assisted suicide). In fact, in none of the small handful of mercy-killing cases against physicians has the accused even raised a necessity defence.

The policy is illustrated by the unreported 1992 English case of *R. v. Cox*, in which the accused-physician was charged with attempted murder after he gave a lethal dose of potassium chloride to a 70-year-old patient who had begged him to end her life. The patient was dying of rheumatoid arthritis, complicated by gastric ulcers, gangrene and body sores; and near-fatal doses of heroin were unable to relieve her agony. (The reason that Dr. Cox was not charged with murder was that the patient was so near death that the pathologist could not prove that the injection of potassium chloride had caused the death).

Still, the accused did not seek to excuse his act on the grounds of (medical) necessity... The accused was therefore left without a defence to the charge, and the trial judge accordingly instructed the jury that the evidence of guilt was overwhelming and that it had no option but to convict. The jury complied, although a number were in tears when the verdict was announced. Dr. Cox received a one year suspended sentence, and although reprimanded by the General Medical Council he was not stricken from the medical roles.

94 Gerrit van der Wal and Robert J.M. Dillman, "Euthanasia in the Netherlands," *British Medical Journal* 1994; 308: 1346, at 1346.

95 Professor J. Legemaate, "Legal Aspects of Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands 1973-94", a paper presented at the Euroconference on euthanasia and assisted suicide, Maastricht, June 10-11, 1994, p. 1 (to be published in the *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*).

96 Leenen 21:14, The defence of necessity arose in Canada during the recent Latimer case.

In sum, although the defence of medical necessity has been recognized in abortion cases, the Cox case illustrates the unwritten common law rule that it is not available in euthanasia cases. In the Netherlands, on the other hand, the judiciary has carved out what amounts to a defence of medical necessity in cases involving physicians who either give lethal injections to or assist the suicide of consenting patients.<sup>97</sup>

Another term used to describe the defence of necessity is *noedtoestand*, which is technically translated as “situation of necessity”. “However, in the case of euthanasia the “necessity” which has been recognized by the Dutch courts is not a general necessity but specifically a medical necessity, measured in terms of the state of medical knowledge and the professional norms of doctors, and it seems clear that no one but a doctor can successfully invoke it.”<sup>98</sup> In brief, the Dutch defence of *noedtoestand* recognizes a situation in which a doctor is faced with a situation of emergency, and committing a crime is considered a lesser evil than adhering to the letter of the law. There is no reasonable alternative to breaking the law because the intent of the doctor is to relieve suffering and there is no alternative method.<sup>99</sup>

## 2.2 Judicial Interpretations

Starting with the Postma case in 1973, a series of prosecutions against physicians accused of euthanasia or assisted suicide resulted in judicial and medical guidelines outlining the circumstances in which such acts would be acceptable in the Netherlands. In the Postma case, a doctor was found guilty of giving her 79 year-old mother a lethal injection after repeated requests to end her suffering. Although she was placed on probation for a year, the facts of the Postma case resulted in considerable sympathy for the doctor, and resulted in the Royal Dutch Medical Association (KNMG) producing a working paper on the subject. As well, the Court set out a number of conditions that would have to be met before an accused would be exonerated of euthanasia.

In 1984, two separate events accelerated the evolution of euthanasia policy in the Netherlands. First, the KNMG published a policy position on euthanasia in its official journal. Second, the Supreme Court accepted, in the Schoonheim case, that a physician could be acquitted of euthanasia when faced with an irreconcilable conflict between (1) his duty to abide by the law and (2) his duty to relieve a patient’s suffering by ending a life of unbearable and irreversible suffering. Dr. Schoonheim had euthanized a 95-year-old patient who was mentally unimpaired but suffering continuous physical degeneration. Since she had become bed-ridden in a nursing home, she had consistently asked to die. “By the last week of her life, she could no longer take liquids nor speak and was suffering periodic lapses of consciousness. However, she did regain some ability to speak and expressed her horror at the fact that she was still living. She then begged her son to help her to fulfil her repeated requests to die.”<sup>100</sup> After discussions with the patient, the family and a young colleague, Dr. Schoonheim finally agreed to terminate her life. The next year, a district court, following the guidelines in Schoonheim, acquitted Dr. Admiral in the death of a 34-year-old multiple sclerosis patient who, although totally paralysed and suffering intractable pain, was not in danger of imminent death.

As with the Canadian judicial system, the Dutch prosecutorial system is not without flaws. The *der Terp* case, in which a doctor had killed a number of patients in a nursing home, resulted in an acquittal. This has been interpreted in a number of articles as an indictment of the Dutch approach to euthanasia, and a confirmation that the “slippery slope” exists.

---

97 Sneiderman and Verhoef, pp. 6-9

98 John Griffiths, University of Groningen, Faculty of Law, unpublished paper, p. 1.

99 Barney Sneiderman, “Euthanasia: Law Reform and Social Policy”, in *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada*, p. 9.

100 Sneiderman and Verhoef, p. 14.



One case which is always cited in international literature is the der Terp case in which a doctor, without request in accordance to the rules, killed some patients in a nursing home. That is the case to which Professor Legemaate referred. In that case, the prosecution erred. It brought before the court files which were not admissible because of medical secrecy. The court had to dismiss the case, not because they accepted the actions of the doctor, but because the requirements of law were not met.

Leenen 21:35

## 2.3 Political and Legislative Response

Following the 1984 Supreme Court decision there were various attempts to legislate on the subject of euthanasia. In 1986, 1987 and 1993, Bills were introduced which would have set out criteria for euthanasia in either the *Penal Code* or the *Medical Practice Act*. None of these bills succeeded.<sup>101</sup>

At the beginning of 1988, there were two draft laws on euthanasia before Parliament. After the general elections in 1989, a new coalition government was formed, which decided that any legislation on euthanasia should be preceded by a national investigation.

In January 1990, a commission of inquiry into medical practice with regard to euthanasia (the Rummelink commission) was set up by the Minister of Justice and the State Secretary of Welfare, Health and Culture. An independent investigatory team, led by Professor P.J. van der Maas, was contracted to conduct a wide-ranging study of the existing situation. To encourage the cooperation of the Royal Dutch Medical Society, the Ministry of Justice guaranteed legal immunity to participating physicians, and agreed on a notification procedure to be used in cases of euthanasia and assisted suicide:

The doctor does not issue a declaration of a natural death; the doctor informs the medical examiner by means of an extensive questionnaire; and the medical examiner reports to the public prosecutor who decides whether a prosecution must be started.<sup>102</sup>

The aim of the notification procedures was to harmonize prosecution policies in the various regions of the country, and to eliminate certain investigative practices, such as the interrogation of relatives within hours of death, that had discouraged physicians from reporting cases.<sup>103</sup>

Following the recommendations of the Rummelink committee, which reported in September 1991, the government introduced a Bill to give legislative force to the voluntary 1990 guidelines. As recommended by the Commission, the reporting procedure was extended to include "active interference by a doctor within the scope of care for the dying without an explicit request from the patient, apart from those situations in which the vital functions have already and irreversibly begun to fail."<sup>104</sup>

In recent articles, officials of the Royal Dutch Medical Association have criticized this extension of the reporting procedures, arguing that it creates the false impression that the ending of life without an explicit request can be as acceptable as euthanasia and assisted suicide. Whereas euthanasia and assisted suicide respect the crucial role of self-determination, ending a patient's life without a request raises far more difficult questions of legitimacy.<sup>105</sup>

101 House of Lords, *op. cit.*, p. 65

102 van der Wal and Dillman (1994), p. 1347.

103 Legemaate (1994), p.5.

104 The Netherlands, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, "Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government View", VDB 92-034, p. 7.

The new law, Bill 22572, came into force on June 1, 1994. It did not amend the *Penal Code*, and euthanasia remains a criminal offence. Instead, the *Burial Act* 1955 (Act on the Disposal of the Dead) was amended to specify the required reporting procedure. Where the correct procedure is followed, and the specified criteria fulfilled, a policy of non-prosecution prevails. On the other hand, reporting is now mandatory and a physician who does not comply can be prosecuted.

A physician... must state when there is an unnatural death involved and the notification procedure must be followed. Only if an improper statement concerning the causes of death is given can a physician bypass the notification procedure. In effect, it is mandatory.

*Dillman 21:56*

To come within the provisions on assisted suicide and euthanasia of the *Burial Act*, a physician must complete a full written report based upon a lengthy questionnaire, and submit it to the municipal coroner who forwards it to the local public prosecutor. The prosecutor reviews each case in light of the legislation and existing jurisprudence. All such decisions are reviewed at regular meetings of the solicitors-general for each of the five appeal courts. Ultimate political responsibility for all decisions not to prosecute rests with the Minister of Justice.<sup>106</sup>

Aside from requiring a case history, the questionnaire asks whether the patient made a request "freely, quite explicitly and on a well-considered and permanent basis". Additionally, the physician must describe when and to whom the request was first made and repeated; whether a written declaration of will (advance directive) was available; the evidence showing that the patient was fully aware of the import of the request and of his/her physical condition; and whether the views of the next of kin were requested or why they were not consulted. If the patient has a psychiatric disorder, additional information is required, such as whether any medical or therapeutic alternatives were available and the evidence showing that the patient rejected these alternatives.

In a case where there was no explicit request, the physician must explain why this was so, whether there was any other communication by the patient concerning the termination of life, who first raised the question of termination, and at what point. The physician must describe any other considerations which determined the medical decision and the timing of the intervention.<sup>107</sup>

The criteria that emerged from court decisions and professional guidelines are both substantial and procedural:

### Substantive guidelines

- the request for euthanasia must come from the patient and be entirely voluntary, well-considered and persistent;
- the patient must have adequate information about his medical condition, the prognosis and alternate treatments;
- there must be intolerable suffering with no prospect of improvement, although the patient need not be terminally ill;
- other alternatives to alleviate the suffering must have been considered and found ineffective, unreasonable or not acceptable to the patient;

---

105 Legemaate (1994), p. 9; van der Wal and Dillman (1994), p. 1348.

106 House of Lords, *op. cit.*, p. 64

107 Decree of 17 December 1993, Ministry of Justice.



### Procedural guidelines

- euthanasia must be performed by a physician who has consulted an independent colleague;
- the physician must exercise due care, and there should be a written record of the case; and
- the death must not be reported to the medical examiner as a natural death.<sup>108</sup>

These are the formal requirements, but there are also other informal or local resources of which physicians either can or must avail themselves.

By example, ... the practising physician can go to the state inspector of health for guidance. Alternatively, he can go to the Royal Dutch Medical Association, the local district attorney, or the medical examiner for guidance. In many districts of the country, it is the rule that 24 hours before euthanasia takes place, the physician must consult the medical examiner who functions as a go-between on behalf of the physician between the medical system and the legal system.

*Dillman 21:16*

Even where a physician is not prosecuted under the *Criminal Code*, he or she could be found guilty of bad medical practice by a medical disciplinary court. In the Netherlands, these are not just disciplinary bodies but legal courts regulated by law.<sup>109</sup> During the video-conference, Mr. Sutorius pointed out that there have been several cases where a physician had to undergo both criminal proceedings and disciplinary court proceedings.

After 10 years, there have been nine or ten cases in the criminal court sphere and five or six disciplinary court rulings. By and large, the rulings are harmonious.

In the Chabot case, it may be interesting for you to know that our inspector for public health initiated a complaint in his own right, after our Supreme Court declared Chabot guilty without punishing him. That case will now be tried before a disciplinary court, a fact which does not please Dr. Chabot because already there have been years of sessions in this matter. Nevertheless, it happens.

That may be an indication of the unrest which has originated in society because of this case.

*Sutorius 21:61*

The Dutch panel during the video-conference seemed to be strongly of the opinion that it was preferable to have legislative action than “judge-made law”. While the political situation in the Netherlands makes a legislated solution difficult, if not impossible, there was general agreement between the Dutch panel and the Canadian Senate committee that the issue was best dealt with by politicians rather than the courts.

---

108 Sutorius 21:42

109 Leenan 21:64

We have a problem [in the Netherlands] in that we are a multi-opinionated society. Christian Democrats are against euthanasia. Catholics are mostly in favour of euthanasia. Yet, officially, the Episcopates, Roman Catholics, and the Christian Democratic Party are opposed to euthanasia. They generally hold one-third of the seats in Parliament. Until the last half-century, the Christian Democrats always formed the government and they refused to legislate euthanasia. The Parliament was incapacitated to legislate. The only way it was possible was because of the Supreme Court jurisprudence.

*Leenen 21:52*

## 2.4 Psychological or Mental Suffering

There have been several recent cases in the Netherlands involving physicians who assisted a suicide brought about by psychiatric or mental suffering. In the Netherlands, and in the testimony heard by the Committee, this has been the most controversial development of Dutch policy. Mr. Sutorius summarized the present legal situation as follows:

In Holland, we finally agreed that suffering is always mental, even if it has a somatic [physical] source. Suffering is a mental process.

We also agreed that psychiatric suffering is much less physical, and the possibility of alternatives is more difficult to exclude. Everyone agreed in Holland that we should not take the same route as we did with somatological suffering.

The Supreme Court found itself caught in the principle of equality... It was clear that suffering can be as exhaustive and unbearable when it has psychiatric roots, as when it is caused by terminal cancer. There was no reason to exclude those categories of sufferers requesting death. ...

It is important to note that our Supreme Court agreed that there should be no distinction made between suffering from a psychiatric disease or a somatological condition. Also, when we talk about psychiatry, no distinction is to be made between whether it is a disease or a trauma.

*Sutorius 21:52-53*

However, the process of arriving at these conclusions was neither easy nor uncontroversial. In 1990, Dr. Kors, a paediatrician, assisted in the suicide of a 25-year-old anorexic, Maria S. Dr. Kors had been treating her since 1974, when she was eight-years-old. Despite aggressive therapy, Maria did not improve. In May 1990, her younger brother committed suicide by asphyxiation, and Maria announced at his funeral that she intended to do the same. Maria had previously asked Dr. Kors to assist her suicide, but after her brother's funeral she refused further tube feeding or hospitalization. She weighed 19 kilos, and was continually afflicted with vomiting and severe stomach pains. A psychiatrist who had previously seen Maria met with her again, and gave his opinion that she was mentally competent and that there were no treatment options to ease her mental suffering. Dr. Kors provided a lethal dose of seco-barbital, which Maria took five days after making a video explaining her desire to die.

When Dr. Kors was charged with assisting a suicide, his attorney, Mr. Sutorius, argued that a provision in the constitution of the Netherlands guaranteeing "equality before the law" prevented restricting euthanasia or assisted suicide to patients with somatic-based suffering or physical illness.

Given that the issue is whether the patient's suffering is unbearable and beyond remedy, it is pointless to inquire as to the source of his misery. What counts is the suffering, not from whence it has sprung. After all, if the patient is afflicted with cancer, multiple sclerosis, or a non-diseased body encased in a tortured soul, suffering is a mental process whose magnitude is not conditioned upon its origin in the body or the mind. In either case, the patient can experience



her continued existence as a living hell with no way out except the merciful release of death. Furthermore, since the euthanasia policy is buttressed by the twin pillars of beneficence and autonomy, the mentally competent patient whose suffering is non-somatic surely qualifies as much as her counterpart whose suffering stems from a physical disease process. In either case, the resort to euthanasia is a beneficent act because it enables the patient to end a life whose burdens have overwhelmed its benefits...

The Court was satisfied from the evidence that the medico-legal guidelines had been satisfied: that the patient was free of psychosis and was mentally competent; that her wish to die was well considered and persistent, and that it was a product of her free will; that her suffering was relentless and intolerable; and that there were no reasonable treatment regimes to ameliorate her condition.<sup>110</sup>

In another case that commenced with a death in 1985, but did not legally terminate until 1994, Dr. Duintjer, a psychiatrist, was charged with assisting the suicide of a 50-year-old patient. Martha N. was married and had two adult children, but also a 25 year history of depression and alcohol abuse. During the last years of her life, she experienced unbearable bouts of depression and engaged in several attempts at suicide. In 1983, she drank a household cleanser which damaged her vocal chords; in 1984 she set herself on fire and a few months later jumped out a second story window; and in 1985 she took an overdose of sedatives obtained by falsifying a prescription. She had made repeated requests of both Dr. Duintjer and her family physician for assistance in committing suicide.

By [1985], Dr. Duintjer was prepared to accept that there were no treatment modalities that could ease her distress. It was clear that she desperately wanted to die, not only for her own sake but also to put an end to the constant stress that her condition imposed upon her family. Furthermore, she had a clear understanding of her situation and was mentally competent to ask for medical assistance to end her life.<sup>111</sup>

The doctors also involved her pastor in the case, and after a dozen meetings he too was of the view the that case was hopeless, and that the physicians were entitled to assist her in her determined attempts to die. Although the prosecution was complicated by various technical matters, the court rejected the argument that psychiatric patients were by definition incompetent to qualify for euthanasia.

The most recent and most publicized case, Chabot, concerned Hilly Boscher, a 50 year-old-social worker devoted to her two sons. The first committed suicide after a broken love affair, and four years later the younger son was stricken with cancer. On the day he died, she attempted suicide. After unsuccessful attempts to obtain a lethal dose of drugs, she contacted the Dutch Society of Voluntary Euthanasia who put her in contact with Dr. Chabot.

As an experienced and well respected psychiatrist, Dr. Chabot took particular gratification from the many cases in which he had helped suicidal patients find reason to get on with their life. At their first session, she was quite insistent that her continued existence was intolerable.

Although adamant that life held no prospects for her, she did agree to enter into an ongoing therapeutic relationship with Dr. Chabot. At his suggestion, she also kept a journal which she shared with him. What emerged from the therapy sessions and her writings was an unwavering determination to die.

As indicated, she refused anti-depressants as well as "bereavement therapy". Hilly told Dr. Chabot that she simply was not prepared to undertake the commitment to work with him to

110 Sneiderman and Verhoef, 21-22.

111 *Ibid.*

change her bleak outlook on life. She was who she was and she could not envision becoming a different person.

On August 30, she told him that she had some sedatives and asked whether the dosage would be lethal if swallowed with alcohol. When he said that he thought not, she beseeched him to provide her with a prescription for Vesperax [a potent barbiturate-based sleeping pill] and that she would have it filled at various pharmacies until she had enough to end her life. He replied, "If I help someone to die, it will not be in secret."

After Dr. Chabot reported the case to the authorities, he wrote a letter to a Dutch psychiatric journal, in which he stated: I do not know whether I did the right thing... but I do believe I chose the lesser of two evils. We can no longer avoid the question of whether, in certain circumstances, people should be allowed to die at a time and in a manner that they feel appropriate.<sup>112</sup>

After seven experienced colleagues had reviewed the transcript of the therapy sessions and concluded that it was a hopeless case, Dr. Chabot concluded that the lesser evil was to provide her with the means to commit suicide painlessly and with as little violence as possible. At his trial, Dr. Chabot testified that there was no question of a psychiatric illness or a major depressive disorder.

Although the patient was suffering from neither a physical nor mental illness, Attorney Sutorius argued that the case fit squarely within the medico-ethical principles of self-determination (autonomy) and mercy (beneficence) that are the twin pillars of the Dutch euthanasia policy. Regarding the former, he argued that respect for the person outweighs the duty to preserve life; and regarding the latter that the relief of unbearable and irremedial suffering likewise outweighs the duty to preserve life.<sup>113</sup>

The Supreme Court accepted the principle that mental suffering could be sufficient to justify assisted suicide, but added a number of cautionary notes. In the event, it reversed Dr. Chabot's acquittal, and entered a conviction, on the grounds that none of the consulting psychiatrists had personally examined the patient. Under the circumstances, the court waived any punishment, the equivalent of an absolute or conditional discharge in Canada.

During the video-conference, Dr. Leenen noted four salient features about the Chabot decision. First, although there was some debate as to whether or not the lady was a psychiatric patient, the court decided that even a psychiatric patient could be competent to request assisted suicide. Second, people who are not psychiatric patients but are suffering severe and intractable mental pain have the same right. Third, particular care must be taken to fulfil the strict letter of the guidelines, including a personal examination by a second consultant, when non-somatic or mental suffering is involved. Fourth, the court confirmed that imminent death was not necessary for the defence of necessity to be available.<sup>114</sup>

Dr. Leenen emphasized that psychiatric patients, or persons who are not patients but are suffering severely, present a particularly difficult problem. In 1993, the Royal Dutch Medical Society released a report emphasizing the difficulty in determining whether or not a psychiatric patient can deal with such an important decision.

---

112 *Ibid.* pp. 27-31.

113 *Ibid.* p.31.

114 Leenen 21:47-49



In my opinion, and in that of Mr. Meijers and the state committee, it is possible, but you have to be very careful because if the wish to end life results from psychiatric disease, then you have to treat the disease and not end the life. It is always difficult to assess. Nevertheless, the Supreme Court did not exclude that fact, but rather mentioned three times in the decision that it was very important to be cautious. Such a warning is rather exceptional from the Supreme Court to the doctors.

*Leenen 21:48*

In response to a question about the prevalence of depression in dying patients, Dr. Heintz noted that depression at the end of life is very common. In the Netherlands, when it occurs in a hospital situation a psychiatrist is always asked for a consultation. If it can be treated, and the patient accepts the treatment, that is the preferred response.

The diagnosis and treatment of depression is an essential part of adequate terminal care. In that respect, we treat those patients also, but not every patient wants treatment. The final wish of the patient is something that comes first.

*Heintz 21:17*

However, where a psychiatric patient is involved, the concept of available alternative treatment and the right to refuse treatment becomes much more complex. As Professor Leenen pointed out, a psychiatric patient is unlikely to be allowed to refuse treatment, and this is an important deviation from the normal rules of consent. Such patients have to accept treatment if the treatment is available, unless it is unreasonable under all of the circumstances to expect them to consent.<sup>115</sup> Where the patient's suffering has a physical cause, a competent refusal of treatment ends the issue of possible alternative treatment because the patient cannot be treated against his or her will. However, with psychiatric patients and patients who are mentally suffering, a refusal of a realistic alternative treatment will likely disqualify the patient from receiving assisted suicide.

The holdings of the Supreme Court in Chabot can be summarized as follows:

1. Assistance with suicide can be legally justifiable in the case of a patient whose suffering does not have a somatic base and who is not in the terminal phase.
2. A person suffering from a psychiatric sickness or disorder can still express a wish to die that is legally the result of an autonomous (competent and voluntary) judgement.
3. However, the suffering of such a person, in principle, cannot be considered "lacking any prospect for improvement" if he or she has refused a realistic therapeutic alternative.
4. In such a case, the legal requirements of consultation can only be met if an "independent colleague" of the physician assisting the suicide has personally examined the patient.<sup>116</sup>

Several participants in the video-conference noted that the Supreme Court did not seem comfortable dealing with the issue of assisted suicide to relieve mental suffering, and Mr. Sutorius concluded that:

Our Supreme Court followed the route they took in 1984, but at the same time they signalled to our society that this is the borderline and they did not wish to go further.

*Sutorius 21:53*

---

115 Leenen 21:50

116 Griffiths, *op cit* 9.

From the testimony of a number of witnesses before the Committee it seemed clear that cases where a suicide was assisted to relieve mental or psychological suffering caused particular discomfort. Many groups and individuals seemed concerned with the suggestion that physicians involve themselves in the suicide of individuals who have neither a terminal illness nor a specifically physical source of suffering.

These cases have troubled many Dutch proponents of their Euthanasia policy, who express the sense that perhaps this is going too far. There is the sentiment that such a request should elicit the following message from the physician to the patient (however tactfully expressed). "I do not mock or deny your suffering. But if you are that unhappy, then exercise some initiative and find the way to kill yourself. After all, you can read Derek Humphrey's best-seller, *Final Exit*, which will guide you to your death. Yet, do not turn to me for the answer. I am at your service, but this is where I draw the line — that it is not my role as a physician to provide lethal drugs as a permanent cure for unhappiness."<sup>117</sup>

Many people think that from now on, after Chabot, it is easy for people who have psychiatric suffering, psychological suffering to get help to die. This is not so," said Martine Corneliesse, co-ordinator of members' services for the Netherlands Voluntary Euthanasia Association. "If anything, it is now more difficult," she said. Psychiatrists are very wary of this topic and the publicity of Chabot has made them even more wary. His decision was attacked in our most important mental health journal. In psychiatry, there is no support for it."<sup>118</sup>

## 2.5 Other Aspects of the Law

Because euthanasia must be requested by a competent person, severely defective newborns, comatose patients and patients with Alzheimer's are not eligible for euthanasia. If a newborn has a severe condition which cannot be resolved, treatment can be withheld or stopped on the basis of futility. After long discussions with the family and medical team, there can be a cessation of medically futile treatment. If the baby, against expectations, does not die, and the pain cannot be relieved, it is a difficult situation.

From a legal point of view, again, [there is] the principle of necessity. The doctor's duties are in conflict. The baby is suffering severely from unrelenting pain, yet the doctor is not allowed to terminate the life of that severely handicapped baby. The doctor can appeal, citing the necessity rule in our *Penal Code*, when he is unable to assist or relieve the pain. This happens in the Netherlands about four times a year.

*Leenen 21:18*

These occurrences are not euthanasia by Dutch standards, but individual cases of a conflict of duties wherein the discretion to prosecute may or may not be exercised. The Royal Dutch Medical Association provides ethical guidance to physicians facing such situations, but this does not affect the law.

The withdrawal of treatment for patients in a persistent vegetative state is legal because the treatment is medically pointless. Again, there are medical criteria that must be followed with respect to consultation and safeguards. Artificial feeding and nutrition is regarded as medical treatment, and the courts have upheld its withdrawal in the case of patient in a persistent vegetative state."<sup>119</sup>

---

117 Sneiderman, pp. 15-16

118 Mullens "The Dutch way of death", in *Euthanasia*, *op. cit.*, p. 20.

119 Leenen 21:19, Sutorius 21:45.



It has not yet been clarified whether a person may request euthanasia by means of an advance directive or living will:

We have not yet had a case in which a physician performed euthanasia pursuant to a living will. Although there is currently no legislation in Holland endorsing the concept of patients' advance directives, we know that physicians are terminating life-prolonging treatment pursuant to such direction. Yet what about a living will requesting euthanasia in certain circumstances (e.g. a persistent vegetative state or advanced Alzheimer's disease)? My own view is that, if such a case arises, a court would likely rule that the physician acted properly provided that witnesses testify that the living will did in fact represent the views of the patient.<sup>120</sup>

Although family members or friends cannot request euthanasia on behalf of an incompetent patient, a person with an advance directive requesting euthanasia may nominate a personal delegate to interpret the advance directive.<sup>121</sup>

Although people from outside the country do inquire about the possibility of coming to Holland to receive either euthanasia or an assisted suicide, It is absolutely impossible to come to the Netherlands simply to receive euthanasia.

*Nieuwenkamp 21:31*

The Dutch approach evolved, in large part, out of the close and long-term physician-patient relationships that exist in the country and euthanasia will not take place in the absence of a very close physician-patient understanding.

### 3. The Data: the van der Maas study and the van der Wal study

#### 3.1 The van der Maas study

The report of the Rummelink Commission which was issued in September 1991, also contained the results of research carried out by the institute of Social Health Care of the Faculty of Medicine at Erasmus University in Rotterdam, with the cooperation of the Dutch Central Bureau of Statistics (the van der Maas study). In 1992, the van der Maas study was published in English in a special issue of *Health Policy*.<sup>122</sup> It is the data from this study that most subsequent commentators cite and, because of the controversial nature of the subject, the following sections contain exact quotes whenever it seems appropriate. However, it should be noted that some concerns have arisen about the translation, which has perhaps contributed to some of the controversy surrounding the Dutch experience.

Although the Rummelink commission was concerned with euthanasia, the van der Maas study had a wider scope. In Holland, euthanasia is limited to situations where there is an explicit and serious request, but the study chose to deal also with life-shortening acts where there was no explicit request (including withholding and withdrawal of treatment), and with the alleviation of pain or other symptoms where the shortening of life was a side effect (double effect).

The reasons for broadening the definition of the study were twofold: (1) there are divergent definitions of the concept of euthanasia and a narrow definition would have led to interpretation problems; and (2) medical

120 Eugene Sutorius, "Euthanasia in the Netherlands: The Legal Scene", in *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?*, p. 18.

121 Leenen 21:20

122 P. van der Maas, J.J.M. van Delden and L. Pijnenborg, "Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life." *Health Policy*, vol. 22 (1993)

advances have created broad grey areas between withholding/withdrawal of treatment, pain control and life-terminating acts at the request of the patient.

A decision to withhold or withdraw a life-prolonging treatment can be as decisive in its consequences as administering drugs with the purpose of hastening the end of life. Moreover, the medical situation around the end of life will require the simultaneous consideration as to withdrawing or withholding treatment, intensifying the alleviation of pain and/or symptoms, with shortening of life as a side-effect and the administration of drugs with the purpose of hastening the end of life.<sup>123</sup>

In order to enhance the accuracy of the study, a three-part design was used. The first part of the study consisted of an extensive interview (average duration 2 1/2 hours)<sup>124</sup> with a sample of physicians: approximately 152 general practitioners, 203 specialists, and 50 nursing home physicians. The interviews were carried out by experienced physicians and other academics, all of whom received extensive training. Phase two, performed by the Dutch Bureau of Statistics, was a review of all death certificates over a five month period. The third part of the study required the physicians interviewed in phase one to complete a questionnaire for each patient in their care who died within approximately six months following the initial interview. Eighty percent of physicians interviewed in phase one participated in this follow-up study.

Because of the complexity of the study, and the need to weight the results between the different studies and the different types of physicians involved, the results can be difficult to interpret. For example, the questionnaire in part one (the physician interview) was different than the questionnaire in parts two and three.

### 3.2 Scope of the van der Maas Study

The general subject of the study was "medical decisions concerning the end of life" (MDEL). This term as used in the van der Maas study:

covers all decisions made by physicians concerning courses of action aimed at hastening the end of life of the patient or courses of action for which the physician takes into account the probability that the end of life of the patient is hastened. The (course of) action(s) concerned are: withdrawing or withholding treatment (including tube feeding) and administering, supplying or prescribing of drugs. Refusal of a request for euthanasia or assisted suicide and decisions not to resuscitate are also included in this investigation of medical decisions concerning the end of life.<sup>125</sup>

Not included were the complications of medical interventions or errors where there was no intent to end the life of the patient, and decisions concerning the care of the patient, allowing the patient to die at home, or other usual medical interventions where a possible hastening of death was not involved.

MDELs were classified on the basis of four questions: what does the physician do? what is the physician's intent in doing this? did the patient request this intervention? was the patient able to decide upon this intervention?

There are three ways in which a physician can intervene: administering drugs that (possibly) hasten the end of life, and either withholding or withdrawing a (possible) life-prolonging treatment. These can occur in combination, as when terminating a life-prolonging treatment leads to administering drugs that may shorten life.<sup>126</sup>

---

123 van der Maas, pp. 5-6.

124 *Ibid.* p. 14.

125 *Ibid.* pp. 19-20.



The data that caused the most controversy are found in chapters 6 (life-terminating acts without the patient's explicit request), 7 (alleviation of pain and symptoms) and 8 (non-treatment decisions). In all cases, the physician's intention is crucial, and is dealt with somewhat differently than in Canada: –

It can be assumed that termination of life can never be the most important aim in the interaction between physician and patient. If a physician deliberately performs actions that shorten the patient's life it can be argued that, in final analysis, termination of the patient's suffering is intended and that under certain circumstances, also according to the physician's judgement, this suffering cannot be terminated in any way other than by termination of life.<sup>127</sup>

Three categories of intention were recognized for the purposes of the study:

Category I: (acting with) the explicit purpose of hastening the end of life;

Category II: (acting) partly with the purpose of hastening the end of life;

Category III: (acting while) taking into account the probability that the end of life will be hastened.

In Canada, the first category would normally be considered murder. However, during the video-conference, Dr. J.J.M. van Delden, a member of the Remmelink Commission Research Team, described the situation in the Netherlands as follows:

We had one category for research purposes which was phrased in the following manner: "the explicit intent to shorten the patient's life", not "to kill". As a matter of fact, most doctors who answered that they had performed an NTD [non-treatment decision] with the explicit purpose to hasten the end of the patient's life, meant that they did not want to prolong suffering...

... In 6 per cent of the cases of alleviation of pain and symptoms [APS], the intention was described as the explicit purpose to hasten the end of life. In the case of euthanasia, the intention was described by the same wording, as you know. If the context is taken into account, however, one will soon realize that, in the case of euthanasia, the decision was made to hasten the end of life and then the means were sought. In the cases of APS, however, there is ongoing medical treatment which is failing to achieve its palliative goal. The physician sees himself as confronted with the need to use higher, possibly lethal, doses. There may be a point at which the physician realizes that he or she actually hopes that the patient dies. Thus, the physician answers the research question that his purpose, at least partly, was to hasten the end of life.

Those cases prompt us to speak of the boundary area around euthanasia. But are the intentions the same as in the euthanasia cases? I do not think so. In the case of euthanasia, the physician would surely have tried another drug if the first one failed. In the case of APS, that would never have happened.<sup>128</sup>

The third category of intention would presumably correspond to the Canadian concept of potentially life-shortening pain control, which is a generally accepted aspect of palliative care. Between the first category (an explicit intent to shorten life in order to alleviate pain and symptoms) and the third category (potentially life-shortening pain control) lies a grey zone. This second category is described in the van der Maas study:

This distinction of the two major categories still does not solve the difficulty that many physicians cannot always indicate what their intention actually had been in a certain case. Sometimes an intervention is performed to achieve one particular effect (e.g. pain relief) but the side-effect (e.g. death) is not unwelcome. Strictly speaking, this situation should be

126 *Ibid.* p. 20.

127 *Ibid.* p. 21.

128 van Delden 21:13; see also *Dances with Data* It should also be noted that, because of the low number of physicians involved in the study, the 6 per cent of physicians represents under 20 actual physicians.

categorized as intentional intervention. In order to be considered unintentional, this side-effect should in fact not have been desired. This strict interpretation could not be adhered to when the questionnaire was constructed because there were occasions when, in the opinion of the physician, neither description did justice to his intention. We therefore allowed for the third category (acting) partly with the purpose of hastening the end of life'. This description relates to a situation in which death of the patient was not foremost in the physician's mind but neither was death unwelcome. This type of intention was included specifically in the questionnaire for the alleviation of pain and/or symptoms.<sup>129</sup>

Several other definitional issues of the van der Maas study should be noted. These were the concepts of: "terminal phase"<sup>130</sup> or the "concrete expectancy of death"; "medically futile"; and "do not resuscitate decisions". The van der Maas study suggests that there was "great resistance against the use of [terminal phase] as a criterion for the admissibility of euthanasia."<sup>131</sup> This appears to evolve from the Dutch point of view that the essential criterion is relief of intolerable suffering, rather than only intolerable physical pain, as well as the difficulty of defining "terminal".

As for the concept of "medically futile", the van der Maas study concluded that:

This concept plays an important role in the non-treatment discussion, with or without a request of the patient. Jurisprudence has appeared, meanwhile, in which this concept has been used. There is nevertheless no uniform definition. The concept of "futile" depends too much on what is considered to "have a point", i.e. to make sense. This concept was therefore not used in the questionnaires because its interpretation is too variable.<sup>132</sup>

"Do not resuscitate" decisions are defined as situations in which "there is an explicit agreement that:

the patient will not be resuscitated if a (functional) cardiac and/or respiratory arrest occurs. This anticipating decision is called a DNR (do not resuscitate) or NTBR (not to be resuscitated) decision. Such decisions play an important role in clinical practice. In this investigation they are also considered as an MDEL."<sup>133</sup>

### 3.3 Euthanasia and Assisted Suicide

The data resulting from the van der Maas survey with respect to euthanasia or assisted suicide are not particularly controversial. However, the definitions used are not generally familiar to a North American audience and this can cause some ambiguity.<sup>134</sup>

In virtually all cases there was a strong and explicit request (96%), made wholly by a patient (99%) who was totally able to take a decision (98%) and who had a good insight into the disease and prognosis (100%).

---

129 van der Maas, p. 21.

130 As will be noted in the main body of the report, the definition of "terminal phase" has caused difficulties in Canada as well

131 van der Maas, p. 23.

132 *Ibid.* p. 24.

133 *Ibid.* pp. 23-4.

134 Since euthanasia requires an explicit request, situations in which a patient is incapable of consenting are never included in Dutch discussions of euthanasia. Euthanasia is an intentional act to terminate life by a person other than the person who dies, upon the request of the person who dies. Assisted suicide is the intentional assistance given to a person to terminate his or her own life upon that person's request. The distinction between euthanasia and assisted suicide therefore depends upon whether the drug is administered by another or taken by the patient. However, because the incidence of assisted suicide is so low, it was treated together with euthanasia for most of the study.



The request was usually repeated (94%).<sup>135</sup> Medical colleagues were consulted in 84% of the cases, and relatives informed in 94% of the cases.<sup>136</sup>

Of approximately 130,000 deaths in Holland in 1990, the study estimated that 1.8 percent (approximately 2,300) resulted from euthanasia, and .3 percent (approximately 400) resulted from assisted suicide. There were an estimated 25,000 requests per year for euthanasia or assisted suicide “in due course” (general requests if the suffering became unbearable), and an estimated 9,000 requests for euthanasia “in the foreseeable future” (specific requests based on an existing situation). The study did not deal further with the 25,000 general requests.

The study estimated that 4,000 out of 9,000 specific requests a year were seriously considered by the physician but refused because the situation did not justify it (e.g. there were still alternative possibilities for alleviating pain, the suffering was not unbearable, the request was not well considered or the patient did not properly understand his/her disease, the patient withdrew the request after discussion, or the physician had specific objection in the particular case or objected in principle to euthanasia and/or assisted suicide).

The remaining 2,000 or so requests (other than the 4,000 which were refused and 2,700 which were carried out) involved situations where the patient died before the request could be carried out, where the physician did not consider the request sufficiently explicit to accept or deny, and where there was neither a refusal nor an action by the physician because the patient changed his/her mind or did not persist.

The reasons most generally cited for requesting euthanasia were loss of dignity (57%), pain (46%), not dying in a dignified way (46%), dependence (33%) and tiredness with life (23%). The vast majority of requests were from cancer patients (83%), although cancer accounts for under 30% of deaths in Holland.<sup>137</sup> The fact that unworthy dying was the most commonly cited reason for requesting euthanasia may account for the reluctance among Dutch physicians to limit requests for euthanasia to patients suffering from an irreversible and painful physical ailment.

At the time the decision to perform euthanasia or assisted suicide was made, most of the patients were receiving only palliative treatment for the relief of suffering (77%). Others were receiving no treatment (14%), treatment that was life prolonging but not curative (10%) or curative treatment (2%).<sup>138</sup>

These data can be interpreted in different ways. Dr. Karl Gunning, felt that these figures were questionable because of the different definition of euthanasia used by the Dutch. He explained his concern as follows:

You may have heard that the committee [Rommelink] concluded that of the 130,000 people who die annually in Holland, only 2,300 were killed by euthanasia. However, if you read the report well, you will come to the conclusion that their definition of euthanasia is different from what is used in the rest of the world.

The definition of euthanasia is “to cause consciously the death of a patient”. The Rommelink committee said that euthanasia is “to end consciously the life of a patient at his own request”. Of course, if you add the words “at his own request”, the committee is completely right when it says that there were only 2,300 cases of euthanasia. However, if you read the report further, you will come to the conclusion that a lethal drug was given

135 van der Maas, p. 45, Table 5.8, p. 50, Table 5.15.

136 In another four percent of the cases, the reason for not informing relatives was either because the patient did not wish it or there were no relatives to inform. van der Maas, p.50, Table 5.15.

137 *Ibid.* pp. 44-45, Tables 5.5 and 5.8.

138 *Ibid.* p. 45, Table 5.6. More than one answer could be given, so figures do not total 100%.

to almost 4,000 people. This is so, because assisted suicide and the giving of a lethal drug when not requested were not regarded as euthanasia. Thus, you could calculate that there were something in the order of 16,000 cases in which either the treatment was slow, started, or stopped, or an overdose of drugs was given with the intention to shorten the patient's life.

Gunning 17:90

### 3.4 Life-Terminating Acts Without the Patient's Explicit Request (LAWER)

The single most controversial aspect of the van der Maas study is the finding that almost one percent of deaths during the time under consideration (.8%, or approximately 1,000) might be from life-terminating acts without explicit and persistent requests. Here again, one must consider the rigorous guidelines used in the study. The introduction to the series of questions asked of physicians included the following:

There are situations in which it is decided to perform a life-terminating act without the patient's request to do so. This can occur if the patient has made only vague remarks but not an explicit request. Other situations in which this might happen are, e.g., those in which the patient is no longer able to make such a request, or if the condition of the patient is evidently intolerable...

In this introduction and the instruction to the interviewer it was not specified that cases involved must be cases in which the explicit purpose was hastening the end of life.<sup>139</sup>

During the video- conference, the experts from the Netherlands addressed the issue of 1,000 deaths without requests for euthanasia:

**Mr. Leenen:** I have been involved with advice on euthanasia for 20 years. I was surprised to hear about the 1,000 cases. We know that at the end of life some patients experience such severe suffering that something needs to be done. This occurs in the United States, as well as in your country. At this point in time, the patient is no longer able to express his or her will. In my opinion, this happens in but a few cases. They are the exceptions which we discussed [earlier].

When we look at the 1,000 cases and read the article published in *The Lancet*, we see that in 60 per cent of cases the will of the patient was known. Out of the 1,000 some 600 had expressed their will. However, their will was not in accordance with legal norms. It was not persistent, reiterated, et cetera. Because of the fact that they did not comply with the rules, the researchers decided to put them in the category of "non-requests".

This leaves us with 400 cases to consider. Of this number, we know that some cases are acceptable because, at the end of life, painkilling was no longer possible; they were suffering. I would say that there were also cases which were not according to the rules. Some say that this need not happen any longer. It has been suggested that we should develop a new policy by which to ask people earlier what they want, thereby not waiting until they are incompetent or comatose.

To be fair, I am not happy about the 300 or so cases that we know of where termination of life was applied. By the way, in our terminology, termination was applied: it is not euthanasia. There are two things to consider here: first, we know about it; we know what is happening concerning these cases, but many countries do not know what is happening.

Second, there is now the possibility for us to develop a new policy towards these patients. I am against termination of life without request. It should occur only in exceptional cases.

---

139 *Ibid.* p.57.



I am in favour of euthanasia, but only on request. We are not happy about having 300 or 400 termination-of-life cases where the rules were not applied. But do not exaggerate. Dr. Gunning says that information is one sided, but this is not true. There are not 10,000 to 20,000 cases. This applies to 300 cases, perhaps a maximum of 400, and I am not happy about these. ...

**Dr. van Delden:** I wish to add something to Professor Leenen's presentation.

I agree that we are not trying to defend all these cases. They were a surprise to us and some of them should not have occurred. But I am hesitant to refer to the number 300 or 400 because you must be aware that this is based on 47 cases we found in the study. It is difficult to take these 47 into higher numbers.

**Dr. van der Wal:** We should not argue too much about the exact numbers, but I have done some research in this field, too. Our numbers for life-terminating acts without request in the nursing home situation were lower than those found by the van der Maas group.

21:26-27

Of the cases at issue, the patient was totally unable to assess the situation or make an adequate decision in three-quarters of the cases involved, and not totally able to do so in another 14% of the cases. In over a quarter of the cases the patient had made a non-explicit request (such as "Doctor, please help, I no longer want to suffer").<sup>140</sup>

In over nine out of ten cases (92%), there were no treatment alternatives. In the remaining cases, the alternatives were not used because the patient had indicated that he or she no longer wanted treatment, because it would only prolong suffering, or because the gain to be expected was no longer in proportion to the treatment. Over three-quarters (76%) of the patients already required morphine or morphine-like drugs for the relief of pain, and in almost one-half of the patients (45%) these drugs were not effective against pain or other symptoms. "On the one hand, this attests to the seriousness of suffering in the situations described and on the other hand it exemplifies the difficulty of distinguishing these cases from those described in the next chapter under "alleviation of pain and symptoms."<sup>141</sup>

Almost two-thirds of these cases involved either morphine only or morphine in combination with other drugs, while thirty percent used other sedatives with or without muscle relaxants. This reverses the statistics for euthanasia and assisted suicide, where other sedatives were used over two-thirds of the time and morphine only one-quarter, and is similar to the drug profile used in the alleviation of pain and symptoms.<sup>142</sup> In almost nine out of ten cases, life was shortened by less than a week (67%) or a month (21%).

The most important considerations to the physician when performing a life-terminating act were as follows (more than one answer could be given):

No chance of improvement	60%
All medical therapy had become futile	39%
No needless prolongation	33%
Relatives could no longer cope	32%
Low quality of life	31%
Pain/suffering of patient	30%
Wish by patient	7%
A therapy had been withdrawn but patient did not die	3%

140 van der Maas, pp. 61-62, Table 6.4.

141 *Ibid.* p. 62, Table 6.5.

142 *Ibid.* pp. 47, 66; Tables 5.10, 6.9.

Economic considerations(e.g. scarcity of beds	1%
Other	1% <sup>143</sup>

In over 70% of the cases, life was shortened by a maximum of one week.<sup>144</sup> Of the 97 cases studied, only two involved situations where there were no discussions with a patient who was totally able to make a decision. Both cases dated from the early 1980s, when the legal situation was less clear. One involved a patient with a lung tumour with metastases who suffered much pain:

The physician had known this patient for 15 years. The most important consideration for the physician to administer an overdose of morphine was to no longer prolong suffering. ...In a non-verbal understanding with the patient's wife the decision to increase greatly the dose of morphine was taken.

The second comparable case also concerned a patient with cancer in whom alleviation of pain and/or symptoms was intensified to the extent that the patient died within one day. "The patient's suffering was intolerable for everyone. Patient and relatives could no longer stand it."<sup>145</sup>

Had there been explicit requests by the patients, these would presumably have been cases of euthanasia. On the other hand, had the suffering been tolerable, the intent would have been to control the pain rather than cause death.<sup>146</sup>

Nonetheless, the statistic continues to disturb the Dutch themselves. "In all cases it was not a criminal attitude of the doctor but paternalism - the doctor thinking it was best for the patient. But, that said, it still shouldn't have happened," said Dr. Gerrit van der Wal, a medical inspector for North Holland who conducted an independent study that confirmed the Rummelink data<sup>147</sup>

### 3.5 Alleviation of Pain and Symptoms

The first question that was asked physicians in this section of the van der Maas interviews was "Did you ever face a situation in which you had to give such high doses of morphine or morphine-like drugs that it almost certainly would shorten the life of the patient?"<sup>148</sup> More than 80% of physicians, regardless of speciality, had done so. In approximately two-thirds (65%) of the cases, the life-shortening effect was simply "accepted". In 30 percent of the cases the life-shortening effect was part of the intent, although not the primary intent. In 6 percent, it was the explicit purpose. For the Dutch, this raises interesting issues of intent. How do these 6 percent of cases differ from euthanasia, assuming that there was an explicit request by the patient?

If the context is taken into account, however, one will soon realize that in the cases of euthanasia the decision was made to hasten the end of life and then a means was sought. In those cases of APS, however, there is an ongoing medical treatment which fails to achieve its palliative goal. The physician then sees himself confronted with the need to use higher, possibly lethal dosages. Then there may be a point at which the physician realizes that he or she actually hopes that the patient dies. So the physician answers us that his purpose (at least partly) was to hasten the end of life. Those cases prompted us to speak of a boundary area around euthanasia. But are the

143 *Ibid.* p. 64, Table 6.7.

144 *Ibid.* p. 65, Table 6.10

145 *Ibid.* pp. 68-69.

146 Within the Canadian palliative care system, it seems possible that these two cases would have resulted in total sedation.

147 Mullens, "The Dutch way of death" in *Euthanasia, op. cit.*, p. 19.

148 van der Maas, p. 71.



intentions one and the same as in the euthanasia case? Not necessarily. In the euthanasia case the physician would surely try another drug if the first failed to bring about death, whereas in the second [case of relieving pain] this would never happen. One misses this relevant point if one uses too narrow a concept of intentions by leaving out context.<sup>149</sup>

### 3.6 Non-treatment decisions

In a later article dealing with claimed misrepresentation of their data, the van der Maas study team made the following comment:

Concerning withholding or withdrawing of treatment it can be commented that the decision was to not prolong life by a certain period of time rather than to shorten life in the same period. The correct terminology depends on whether or not the results of usual medical treatment are considered part of human life expectancy.<sup>150</sup>

This is also true of situations in which a non-treatment decision is made without the explicit request of the patient, in cases where the patient is no longer competent.

On the one hand, therapies are involved which will probably meet with little or no success. Such treatment can be withdrawn or withheld for this reason. On the other hand, there are cases in which therapies can have a considerable (more than a month) life-prolonging effect but in which prolongation of life is undesirable or pointless and treatment is withheld or withdrawn for this reason.<sup>151</sup>

The non-treatment decisions are, perhaps unsurprisingly, the most difficult to quantify. The van der Maas team estimated that approximately 70% of physicians had at some point received and acted upon a request to withdraw or withhold treatment; almost half (46%) had received and acted upon such a request knowing that it was, at least in part, with the intention of shortening life. Approximately two-thirds of the situations (64%) involved cancer patients. Contrary to the situation when euthanasia or assisted suicide is requested, there is less of a role for the doctor to play because the patient has the clear right to refuse treatment.<sup>152</sup>

Decisions to withhold or withdraw treatment are normally made as the issue arises. "Do not resuscitate orders", on the other hand, are anticipatory decisions, always involving inaction rather than action.

### 3.7 Reporting MDELs

The van der Maas study was completed before the policy of non-prosecution for euthanasia when specific procedures are followed had been finalized, and physicians were presumably more concerned about prosecution in borderline cases. Nonetheless, three quarters of the general practitioners and about two-thirds of the specialists had reported their last experience with euthanasia or assisted suicide as a "natural death", and this seems troublingly high. The main reasons were as follows:

the "fuss" of a legal investigation	55%
the desire to safeguard relatives from a judicial inquiry	52%
fear of prosecution	25%
bad experiences in the past with stating non-natural death	12% <sup>153</sup>

149 Johannes J.M. van Delden, Loes Pijnenborg and Paul J. van der Maas, "Dances with Data," *Hiertus*, Vol. 1 (1993), pp.26-27.

150 *Dances with Data*, p. 24.

151 van der Maas, p. 85.

152 *Ibid.* pp. 79-84, Table 8.1.

In the category of life-terminating acts without the patient's explicit request, the death certificate almost invariably stated that the patient died a natural death. Of the 97 cases studied, only in one did a general practitioner report a non-natural death and the public prosecutor decided not to prosecute. The reasons given were as follows:

the "fuss" of a judicial investigation	47%
the view that the death was in fact natural	43%
the desire to safeguard relatives from a judicial inquiry	28% <sup>154</sup>

In considering the reluctance of Dutch physicians to report non-natural deaths in an atmosphere of some legal ambiguity, it is worth noting a parallel situation in Canada shortly after the 1969 abortion legislation was passed. For the first several years, it was not clear whether or not abortions could be legally approved when it was the "mental" rather than the "physical" health of the woman that was at issue. Under these circumstances, the Badgley Report (Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law, 1977) found that the reporting of abortions had some major anomalies:

The way the existing classification system is used requires extensive review, in particular, dealing with the codification of abortions listed as not specified as induced or spontaneous. By definition, these abortions are neither spontaneous miscarriages nor induced terminations of pregnancy. But between 1970 and 1973 there were nine abortions in this catch-all category for every ten reported therapeutic abortions.<sup>155</sup>

Recent developments in the Netherlands suggest that reporting has greatly improved. In 1984, only 19 cases of euthanasia were reported to the public prosecutor. In 1990, the number was 454, and by 1992 it had leapt to 1,322.<sup>156</sup> In 1993 1,415 cases were reported.<sup>157</sup> During the video-conference, the "spectacular" increase was attributed to the "reticent prosecution policy of the public prosecutor and the notification procedure which has been functioning since the end of 1990". Until 1994, the number of cases prosecuted had also declined. Dr. van der Wal explained that this was partially due to the evolving jurisprudence, which lessened the need for test cases.

However, the fact that prosecution proceedings are almost never instituted anymore is due mainly to the fact that physicians who, having been informed about the prudent care requirements that should be taken into consideration, only report those cases for which they are almost certain they will not be prosecuted.

However, the conclusion that all unreported cases do not meet the standards is not justified.  
Our research indicates that most of these cases meet the substantive material requirements.

*van der Wal 21:10*

Another development has been the suggestion that the Ministry of Justice is toughening up its prosecution policy. In 1993, the number of official inquiries into euthanasia cases jumped to 14, although they recently always been no more than four per year, resulting in a corresponding increase in the prosecutions in 1994. The Ministry of Justice apparently argues that most of these investigations are a backlog of cases held up by the parliamentary debate over the new law. However, during the parliamentary debate, the Minister of Justice argued that euthanasia was justified only in terminal cases and most of the 1993 investigations involved situations in which the patient was not terminally ill. All major legal commentators criticized the Minister's viewpoint and the Supreme Court, in Chabot has clarified that assisted suicide is acceptable, under very strict

---

<sup>153</sup> *Ibid.* pp. 47-48.

<sup>154</sup> *Ibid.* p. 64.

<sup>155</sup> *Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law* (The Badgley Committee), Ottawa, 1977, p.25.

<sup>156</sup> van der Wal and Dillman (1994), p. 1348.

<sup>157</sup> Legemaate (1994), p. 6.



conditions, in cases of severe and intractable mental suffering where the patient is not terminally ill.<sup>158</sup> It remains possible that the perception that the prosecution policy could change, depending upon the views of the current Minister of Justice, may have caused some unease among physicians.

### 3.8 The van der Wal studies

The van der Wal studies were not publicly funded, and resulted in a thesis and several papers. In part they involved an extensive survey, by written questionnaire, of more than 1,000 general practitioners. Of these, approximately 700 were nursing home physicians which represents almost the total complement of nursing home physicians in the country. Whereas the van der Maas study dealt with all medical decisions concerning the end of life, the van der Wal study dealt only with euthanasia, assisted suicide and, to some extent, life terminating acts without express consent. The van der Maas study involved specialists as well as general practitioners and nursing home physicians. The van der Maas study was more broadly based, but the van der Wal study went into more depth about such issues as performance, medical technology and notification issues. The results of the two studies were by and large consistent.<sup>159</sup>

### 3.9 The Controversy Over Figures

As the above discussion indicates, there has been considerable controversy over whether the Rummelink findings underestimated the number of cases of euthanasia actually taking place in the Netherlands. During the video conference, the Dutch panel explained where the confusion seems to take place:

Usually [critics of the Dutch model] add up the following types and numbers of MDEL, which stands for medical decisions concerning the end of life: euthanasia; assisted suicide; LAWER cases, or life-terminating acts without explicit request by the patient; APS cases, or decisions to alleviate pain and symptoms; and NTD cases, or non-treatment decisions which were taken at least partly for the purpose of hastening the end of the patient's life. All these are lumped together and are taken as proof that more euthanasia than was reported occurred in the Netherlands.

*van Delden 21:12*

Clearly, from the Canadian point-of-view, alleviation of pain and symptoms and non-treatment decisions are not euthanasia. Again, however, the Dutch approach to the concept of "intention" appears to generate some of the confusion. In the Netherlands, it is common to refer to the primary or secondary intention of the physician as "to hasten the end of the patient's life". In Canada, although similar situations take place as in the Netherlands, the intent is rarely referred to as hastening the end of the patient's life although that is doubtless the effect. Dutch physicians apparently assume that if you know that the effect of certain actions is to shorten the patient's life, then you should describe that as at least partially your intent. However, in the view from the Netherlands, intentions do not govern the moral evaluation.

---

<sup>158</sup> Legemaate (1994) p. 10.

<sup>159</sup> van der Wal 21:7

Intentions cannot carry the full weight of a moral evaluation for several reasons. First, intentions are primarily private matters. Ultimately, only the agent decides what his intentions are. Different agents may describe the same action in the same situations as being performed with different intentions. The changes between descriptions might be intrapersonal in the sense that what seems to be done at one time for one purpose might easily be viewed differently at a later stage.

What then can be considered to be the definite description of the intention? For example, no physician, in my opinion, performs euthanasia with the sole intent to kill his patient. His intention can always be described as trying to relieve the suffering of his or her patient. That, by the way, is exactly what infuriates Dutch physicians when they are treated as criminals or murderers after having performed euthanasia.

It is our opinion that moral evaluations should take into account all of the following factors: the type of physician; the intent; consultation with the patient; consultation with others; the competence of the patient; reasons for the decision; and, the extent of life-shortening as a result of the decision.

*van Delden 21:12*

The controversy as to the number of cases of euthanasia that occur in the Netherlands can to some extent be attributed to definitional problems. There are, however, other misunderstandings that can only be attributed to a misinterpretation of Dutch material. For example, the Committee was told by witnesses that 59 per cent of patients undergoing euthanasia died on the same day that they requested euthanasia, and 11 per cent died in the same hour. The author of the paper cited as authority for this disturbing accusation was Dr. van der Wal, who explained what his paper had actually said:

Yes, [the patients] did die on the same day that they requested euthanasia for the last time. Do you understand the difference? The patients had discussed the subject and had explicitly requested euthanasia many times before, but the day on which they died was the last time that they requested it.

The next sentence says that in 11 per cent of cases, patients died in the same hour that the first request was made. It was not the first request; it was the last request. If you would like to verify this, you should read my paper in Family Practice which has been mentioned today.

*van der Wal 21:62*

## Summary

In a complex situation, dealing with a complex subject, only one thing seems clear. The approach of the Netherlands to the difficult subject of euthanasia and assisted suicide is different from any other country. It grows out of Dutch culture, Dutch law and the Dutch health care structure. The Netherlands is an attempt by one small country, with a history of openness and of respect for individuality, to come to grips with a fundamental and difficult issue. However, as Dr. Robert Dillman, the Secretary of Medical Affairs for the Royal Dutch Medical Association, has stated: "[The Dutch approach] should not be taken as a model. Euthanasia is not an export product."<sup>160</sup>

It appears that the majority of the Dutch people support physician-assisted death at the end of life, where there is an informed and persistent request by a patient undergoing intolerable suffering and with no prospect of improvement. There is, however, considerable concern about some recent developments. Situations in which a physician has assisted the suicide of a patient with psychological or emotional suffering, but no

---

160 Mullens, "The Dutch way of Death", in *Euthanasia*, p. 16.



physical disease, have aroused unease. Ending the lives of profoundly handicapped newborns, whose physical suffering cannot be alleviated, is as difficult and controversial a decision in the Netherlands as elsewhere.

The Dutch model of dealing with assisted suicide and euthanasia has, to date, evolved through court decisions and medical practice. Although it seems a large majority of Dutch citizens support assisted suicide and euthanasia, most of them would prefer that the present guidelines and procedures be formalized by their Parliament. This would put Dutch policy on a firmer footing and clarify the public interests involved.

## Appendix 1

### Data from the van der Maas Study

	As %	Total No.
Total deaths in Netherlands in 1990		128,786
Category:		
1. Euthanasia and related MDEL	2.9	3,735
1a. Euthanasia	1.8	2,318
1b. Assisted suicide	0.3	386
1c. Life-terminating acts without explicit and persistent request	0.8	1,030
2. APS (Alleviation of pain and symptoms)	17.5	22,538
3. NTD (Non-treatment decisions)	17.5	22,538
Total MDEL (Medical Decisions concerning the End of Life)	38.0	48,939

\*Source: van der Maas, P.J. et al., "Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life," 338, The Lancet 669, at p. 670.

### Euthanasia and Assisted Suicide

Number of requests for "in due course"		25,000
Number of requests for "in the foreseeable future"	approx.	8,900
Number of such requests seriously considered but refused	approx.	4,000
Euthanasia related MDEL	approx.	3,735
Remaining requests: data inaccuracies, patient died, not considered explicit, or not pursued by patient	approx.	2,000

Source: van der Maas, P.J. et al., Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life. Published in English as a special issue of Health Policy, Vol. 22 (1993), at p. 40-41, 52.

### Alleviation of Pain and Symptoms

	%	Number
Intent of physician when morphine shortened life		
Taking into account the probability that life would be shortened	65.0	14,625
Partly with the purpose of shortening life	30.0	6,750
With the explicit purpose of shortening life	6.0	1,350
Decision discussed with patient	39.0	8,775
Decision not discussed, patient totally able to take a decision	27.0	6,075
Decision not discussed, patient not (totally) able to take a decision	34.0	7,650

Source: van der Maas (1993), Table 7.2, p. 73.

## Non-Treatment

	%	Number
Non-treatment without consent, of which		25,000
taking into account the probability that a life would be shortened	65.0	16,250
partly with the purpose to shorten life	19.0	4,750
with the explicit purpose to shorten life	16.0	4,000
Non-treatment without consent, of which		
patient able to assess situation and make a decision		
totally able	22.0	5,500
not totally able	21.0	5,250
unable	58.0	14,500
After consultation with		
colleagues	54.0	13,500
nursing staff	56.0	14,000
relatives	60.0	15,000
pastor or spiritual advisor	3.0	750
no consultation	8.0	2,000

Source: van der Maas (1993), p. 85, 89, 90.



## Appendix P

# Assisted Suicide and Euthanasia in Foreign Jurisdictions

---

*This paper provides an overview of the applicable laws relating to euthanasia and assisted suicide, as well as any initiatives to amend such laws, whether successful or not, in the following foreign jurisdictions: United Kingdom, United States, France, Australia, Germany, Sweden and Switzerland. The method of selection of the various countries was based primarily on the quantity of available information. It should be noted that this is not, in any way, an extensive comparative legal analysis of the listed countries. The information herewith only provides a basic framework within which to begin to examine and compare the differential treatment, in law, of acts of euthanasia and assisted suicide in other jurisdictions. A more detailed analysis would require an in-depth study, not only of the various laws with respect to issues involving death and dying, but their enforcement, the legal practice and the cultural climate in which these have developed.*

### UNITED KINGDOM

#### Assisted suicide

In the United Kingdom, assisting in the suicide of another is dealt with under the *Suicide Act 1961*.<sup>161</sup> Section 2 of this Act provides:

##### *2. Criminal liability for complicity in another's suicide*

*(1) A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.*

*(2) If on the trial of an indictment for murder or manslaughter it is proved that the accused aided, abetted, counselled or procured the suicide of the person in question, the jury may find him guilty of that offence.*

#### Euthanasia

All acts of killing are considered murder, whether or not the victim consented to or requested death. This is evident from the evidence of the Home Office to the House of Lords Select Committee on Medical Ethics:<sup>162</sup>

---

<sup>161</sup> 9 & 10 Eliz 2, c.60. The provisions of the *Suicide Act 1961* that have been cited in this paper only apply to England and Wales, pursuant to subsection 3(3) of that Act.

<sup>162</sup> *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Session 1993-94, HL Paper 21-IIp. 15.

At present, the criminal law prescribes that the unlawful deliberate killing of another person is murder in all but a few circumstances. Most existing defences to murder rely on an absence of intention or an absence of responsibility for the act committed, with the result that the necessary *mens rea* does not exist. What is critical in this context is that the law allows no defence to murder on the basis of motive. A person who kills, with that as their clear intention and in their right mind, is guilty of murder even though they may have been motivated by a desire to end another's suffering or to give effect to their victim's clearly and honestly held wishes. The Scots law of murder is in certain respects different from that of England and Wales. However, it also recognises that, where the necessary intent to kill can be proved, there will be no defence to murder based on the consent of the victim or the motive of the accused.

In the United Kingdom, murder is an offence at common law that carries a mandatory life sentence. The English courts have defined that act of murder as follows:<sup>163</sup>

Subject to three exceptions, the crime of murder is committed where a person of sound mind and discretion unlawfully kills any reasonable creature in being and under the Queen's peace with intent to kill or cause grievous bodily harm the death following within a year and a day.

The three exceptions referred to in the above extract would reduce murder to manslaughter and these exceptions have been codified in the *Homicide Act 1957*.<sup>164</sup> They are the following: provocation, diminished responsibility and suicide pacts. The exceptions that may be relevant to cases of euthanasia are diminished responsibility and suicide pacts and these are set out below:

2.(1) *Where a person kills or is a party to the killing of another, he shall not be convicted of murder if he was suffering from such abnormality of mind (whether arising from a condition of arrested or retarded development of mind or any inherent causes or induced by disease or injury) as substantially impaired his mental responsibility for his acts and omissions in doing or being a party to the killing.*

(2) *On a charge of murder, it shall be for the defence to prove that the person charged is by virtue of this section not liable to be convicted of murder.*

(3) *A person who but for this section would be liable, whether as principal or as accessory, to be convicted of murder shall be liable instead to be convicted of manslaughter.*<sup>165</sup>

4.(1) *It shall be manslaughter, and shall not be murder, for a person acting in pursuance of a suicide pact between him and another to kill the other or be a party to the other killing himself or being killed by a third person.*

(2) *Where it is shown that a person charged with the murder of another killed the other or was a party to his killing himself or being killed, it shall be for the defence to prove that the person charged was acting in pursuance of a suicide pact between him and the other.*

(3) *For the purposes of this section "suicide pact" means a common agreement between two or more persons having for its object the death of all of them, whether or not each is to take his own life, but nothing done by a person who enters into a suicide pact shall be*

---

163 Archbold Pleading, Evidence and Practice in Criminal Cases London: Sweet & Maxwell, 1992, p. 2042.

164 5 & 6 Eliz 2, c.11.

165 Homicide Act 1957, 5 & 6 Eliz 2, c.11.



*treated as done by him in pursuance of the pact unless it is done while he has the settled intention of dying in pursuance of the pact.*<sup>166</sup>

It should be noted that the elements of manslaughter are the same as those of murder with the exception of the requirement for murder that there should be an intent to kill or cause grievous bodily harm. Further, with respect to diminished responsibility and suicide pacts, the onus is cast upon the accused to prove the facts reducing the offence to manslaughter on a balance of probabilities.<sup>167</sup>

## Case law

The case of Dr. Nigel Cox<sup>168</sup> and his conviction in 1992 for attempted murder after he administered a lethal dose to a suffering patient prompted great controversy in the United Kingdom.

The facts involved a consultant rheumatologist at the Royal Hampshire County Hospital Winchester. He had injected his patient, Mrs. Lillian Boyes, who he had known for thirteen years, with a large dose of potassium chloride. She subsequently died. Mrs. Boyes was in her final stages and she was in extreme pain from rheumatoid arthritis. Any treatments that had been attempted had failed to alleviate her physical pain. On more than one occasion, she had expressed the wish that the medical staff should end her life.

The charge, in this case, was attempted murder rather than murder because the prosecution could not exclude the possibility that Mrs. Boyes had died of natural causes between the actual injection and her death. Dr. Cox was found guilty as charged because the jury found as fact that he had injected his patient with potassium chloride for the primary purpose of killing her. The fact that one is prompted by compassion for the victim's suffering is irrelevant to the charge of attempted murder.<sup>169</sup> Accordingly, the judge, in this case, Judge Ognall, cautioned the jury that motive could afford the doctor no defence under the relevant criminal laws. Dr. Cox received a one year suspended sentence and was admonished by the General Medical Council.<sup>170</sup>

More recently, a case was reported in a London newspaper, the *Observer*, in which the Crown Prosecution Service [hereafter CPS] had decided not to charge a man with killing his terminally ill wife, despite having sufficient evidence to do so. The CPS decided as it did because it was felt that it would be in the public interest. The news clipping suggests that this was the first identified case in which the CPS has declined to prosecute in a killing because it believed that the victim was killed on compassionate grounds. The woman, in this case, was in the terminal stages of cancer. A post-mortem report indicated that she had not died from the cancer, but rather from an overdose of morphine. She had been receiving morphine through a motorised syringe driver which evenly administered regular doses throughout a 24-hour period. The CPS believed that on November 19, 1993, at 10 p.m. she had received a fatal dose of the drug.<sup>171</sup>

<sup>166</sup> *Ibid.*

<sup>167</sup> *Archbold*, p. 2042.

<sup>168</sup> The Cox decision was one of the cases that prompted the study on medical ethics in the House of Lords: see *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Session 1993-94, HL 21-lp. 8-9.

<sup>169</sup> In the case at bar, the defence had asserted that Dr. Cox was prompted by compassion for Mrs. Boyes' suffering and this was not disputed by the prosecution.

<sup>170</sup> For a discussion of the facts in *R. v. Cox* (Crown Court at Winchester) [unpublished], see Great Britain, House of Commons Library, Research paper by Keith Cuninghame (June 21, 1993) at 2. For an edited version of Ognall J.'s charge to the jury, see *R. v. Cox* (1992) 12 B.M.L.R. 38.

<sup>171</sup> Dean Nelson and Helen Murphie, "UK: No Charges over "Mercy Killing"", the *Observer*, 4 December 1994.

## Proposed Amendment Initiatives

In February 1994, a Select Committee of the House of Lords [hereafter the Committee] reported on “the ethical, legal and clinical implications of a person’s right to withhold consent to life-prolonging treatment, and the position of persons who are no longer able to give or withhold consent; and to consider whether and in what circumstances actions that have as their intention or a likely consequence the shortening of another person’s life may be justified on the grounds that they accord with that person’s wishes or with that person’s best interests; and in all the foregoing considerations to pay regard to the likely effects of changes in law or medical practice on society as a whole”.<sup>172</sup> For a complete list of the recommendations of the House of Lords, see Appendix N to this Report.

In its Report, the Committee recommended that the present laws not be amended to permit voluntary euthanasia. Its members write: “We acknowledge that there are individual cases in which euthanasia may be seen by some to be appropriate. But individual cases cannot reasonably establish the foundation of a policy which would have serious and widespread repercussions.”<sup>173</sup>

One of the reasons the Committee reached its conclusion regarding voluntary euthanasia is that its members were of the view that it would not be possible to set secure limits on voluntary euthanasia. If voluntary euthanasia were legalised, they argued, it would not be possible to frame adequate safeguards against non-voluntary euthanasia. In addition, the Committee felt that to create an exception to the general prohibition of intentional killing would inevitably lead to its further erosion. The Committee also expressed its concern for the vulnerable, namely, the elderly, the lonely, the sick and the distressed; these individuals, it held, would feel pressure from the rest of society to select the option of death if it were made available to them.<sup>174</sup>

Moreover, the Committee members recommended that a new offence of “mercy killing” not be created to encompass cases of deliberate killing to relieve suffering (“deliberate killing with a merciful motive”). They write: “To distinguish between murder and “mercy killing” would be to cross the line which prohibits any intentional killing, a line which we think it essential to preserve”.<sup>175</sup> The Committee was of the opinion that “mercy killing” could not adequately be defined since it would involve delineating precisely what constitutes a compassionate motive.<sup>176</sup>

The Committee did, however, acknowledge the perceived injustice of the mandatory life sentence for murder. It, therefore, recommended, as did a previous Select Committee<sup>177</sup>, that the mandatory life sentence be abolished. In its report, the Committee concluded as follows:<sup>178</sup>

---

172 *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Session 1993-94, HL 21-I p. 7.

173 *Ibid.* p. 48.

174 *Ibid.*, p. 49.

175 *Ibid.*, p. 53.

176 *Ibid.*, p. 53.

177 *Murder and Life Imprisonment*, Report of the Select Committee, Session 1988-89, HL Paper 78-I cited in *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, *op. cit.*, p. 53.

178 *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, *op. cit.*, p. 54.



This [abolishing the mandatory life sentence] would enable the judicial process to take proper account of the circumstances of a case and the motives of the accused. It would avoid the law being brought into disrepute either by the mandatory imposition of a life sentence in respect of an act which was widely thought to be compassionate and (by some) arguably justifiable, or by the inappropriate substitution of lesser charges where it was expected that a jury would not convict for murder because of the mandatory life sentence. It would also give scope for an effective life sentence to be imposed where the circumstances made it appropriate.

## UNITED STATES

### Assisted Suicide

Approximately thirty of the fifty states have statutes which specifically prohibit aiding suicide.<sup>179</sup> Those states which do not proscribe assisted suicide by unique statutes treat such conduct as murder or manslaughter under general criminal law statutes.<sup>180</sup>

### Euthanasia

All forms of euthanasia are classified as murder in every state, even when performed at the victim's request or with the victim's consent.<sup>181</sup> For example, the California Penal Code provides that "Murder is the unlawful killing of a human being with malice aforethought".<sup>182</sup> It is first degree murder if the killing is "wilful, deliberate, and premeditated".<sup>183</sup> The consent of the victim in no way vitiates the crime, and the fact that the victim was terminally ill or that the actor was motivated to act out of compassion will not excuse the crime nor will it be considered as a mitigating factor.<sup>184</sup>

### Case law

In various states, the prohibitions against assisted suicide have been challenged in the courts under the Fourteenth Amendment to the United States Constitution. In *Quill et al. v. Koppell*,<sup>185</sup> the U.S. District Court in New York City held that physician assisted death is not constitutionally protected and that the New York prohibition against assisted suicide does not violate the equal protection clause. Judge Griesa writes at 84:

<sup>179</sup> Alaska Stat. & 11.41.120 (1989); Ariz. Rev. Stat. Ann. & 13-1103 (A)(3)(1989); Ark. Stat. Ann. & 5-10-104 (a)(2)(1987); Cal. Penal Code & 401 (West 1988); Colo. Rev. Stat. & 18-3-104 (1988); Conn. Gen. Stat. & 53a-56 (1985); Del. Code Ann. tit. 11, & 645 (Supp. 1990); Fla. Stat. Ann. & 782.08 (West 1976); Ill. Ann. Stat. ch.38, 12-31 (Smith-Hurd Supp. 1992); Ind. Code Ann. & 35-42-1-2.5 (Burns 1993); Kan. Stat. Ann. & 21-3406 (1988); Me. Rev. Stat. Ann. tit. 17-A, & 204 (1983); Mich. Pub. Act 270 of 1992, 1992 Mich. Legis. Serv. P.A. 270 (H.B. 4501) (West); Minn. Stat. Ann. & 609.215 (West 1987); Minn. Stat. Ann. & 147.091 (W), 151.06 (a)(7)(xii)(West Supp. 1993); Miss. Code Ann. & 97-3-49 (1972); Mont. Code Ann. & 45-5-105 (1989); Neb. Rev. Stat. & 28-307 (1989); N.H. Rev. Stat. Ann. & 630:4 (1986); N.J. Stat. Ann. & 2C: 116 (West 1982); N.M. Stat. Ann. & 30-2-4 (1978); N.Y. Penal Law & 120.30, 125.15(3) (McKinney 1987); Okla. Stat. Ann. tit. 21, & 813-818 (West 1983); Or. Rev. Stat. & 163.125(1)(b) (1990); Pa. Stat. Ann. tit. 18, & 2505 (Purdon 1983); S.C. Code Ann. & 16-1-10 (Law Co-op 1976); S.D. Codified Laws Ann. & 22-16-37 & 38 (1988); Tex. Penal Code Ann. & 22.08 (West 1989); Wash. Rev. code & 9A.36.060 (West 1988); Wis. Stat. Ann. & 940.12 (West 1982), cited in Kathryn L. Tucker, "Physician Aid in Dying: A Constitutional Right", at p.1 (February 1995) [unpublished]. For a detailed discussion of the state treatment of suicide assistance, see Catherine D. Shaffer, "Criminal Liability for Assisting Suicide" (1986) 86 *Columbia Law Review* 348.

<sup>180</sup> See Shaffer, *Criminal Liability for Assisting Suicide*, p. 350.

<sup>181</sup> Dana Elizabeth Hirsch, "Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing? A Comparison of the Criminal Laws in the United States, the Netherlands and Switzerland" (1990) 12 *Loy. L.A. Int'l & Comp. L.J.* 1990 821 p. 839.

<sup>182</sup> Cal. Penal Code & 187(a) (West Supp. 1988).

<sup>183</sup> Cal. Penal Code & 189 (West Supp. 1988).

<sup>184</sup> *Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing?*, op. cit., 833; Mustafa D. Sayid, "Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws of Germany Switzerland and the United States" (1983) 6 *Boston College International & Comparative Law Review* p. 547.

<sup>185</sup> Civil No. 94-5321 (TPG) slip op. (SDNY Dec. 15, 1994).

Self-destruction is surely not conduct to be encouraged or taken lightly. The fact that penal sanctions will prove ineffective to deter the suicide itself does not mean that the criminal law is equally powerless to influence the behaviour of those who would aid or induce another to take his own life. Moreover, in principle it would seem that the interests in the sanctity of life that are represented by the criminal homicide laws are threatened by one who expresses a willingness to participate in taking the life of another, even though the act may be accomplished with the consent, or at the request of the suicide victim...For these reasons, the court holds that the type of physician assisted suicide at issue in this case does not involve a fundamental liberty interest protected by the Due Process Clause of the Fourteenth Amendment.

And later at 85:

It is hardly unreasonable or irrational for the State to recognize a difference between allowing nature to take its course, even in the most severe situations, and intentionally using an artificial death-producing device. The State has obvious legitimate interests in preserving life, and in protecting vulnerable persons. The State has the further right to determine how these crucial interests are to be treated when the issue is posed as to whether a physician can assist a patient in committing suicide. Clearly in the present public debate there are sincere and conscientious advocates for and against the concept of physician assisted suicide. Under the United States Constitution and the federal system it establishes, the resolution of this issue is left to the normal democratic processes within the State. For these reasons the court holds that the plaintiffs have not shown a violation of the Equal Protection Clause of the Fourteenth Amendment.

The United States District Court of Washington took the opposite view with respect to the constitutionality of the Washington assisted suicide prohibition. In *Compassion in Dying, et al. v. State of Washington et al.*,<sup>186</sup> the plaintiffs were a coalition of three terminally ill patients, five physicians and Compassion in Dying, a right to die organization. They sought a declaratory judgment striking down the State of Washington's criminal prohibition against assisted suicide<sup>187</sup> as unconstitutional and injunctive relief barring the defendants, the State of Washington and the Washington Attorney General, from enforcing the statute. Both the plaintiffs and defendants moved for summary judgment.

The United States District Court of Washington granted summary judgment to the plaintiffs holding that competent, terminally ill patients have a constitutionally protected right to choose to hasten death with physician assistance. The Court further held that Washington's assisted suicide statute is unconstitutional under both the Liberty and Equal Protection Clauses of the 14th Amendment. Judge Rothstein held at 1461 to 1462:

---

186 850 F. Supp. 1454 (W.D. Wash. 1994).

187 RCW 9A.36.060. Subsection (1) of this statute provides that "Any person is guilty of promoting a suicide attempt when he knowingly causes or aids another person to attempt suicide". Promoting a suicide attempt is a class C felony punishable by imprisonment for a maximum of five years and a fine of up to ten thousand dollars: see RCW 9A.36.060(2) and 9A.20.020(1)(c).



The liberty interest protected by the Fourteenth Amendment is the freedom to make choices according to one's individual conscience about those matters which are essential to personal autonomy and basic human dignity. There is no more profoundly personal decision, nor one which is closer to the heart of personal liberty, than the choice which a terminally ill person makes to end his or her suffering and hasten an inevitable death...The court concludes that a competent, terminally ill adult has a constitutionally guaranteed right under the Fourteenth Amendment to commit physician-assisted suicide.

And later at 1467:

This court is not persuaded that the distinction between "natural" and "artificial" death justifies disparate treatment of these similarly situated groups. The distinction between the terminally ill patient who requests that her physician remove the life support systems necessary to maintain her life, and the terminally ill patient whose condition does not require life support systems but who seeks physician-administered aid to end her life, is not a narrowly-drawn classification tailored to serve a compelling state interest. Both patients may be terminally ill, suffering pain and loss of dignity and subjected to a more extended dying process without some medical intervention, be it removal of life support systems or the prescription of medication to be self-administered.

The Court concluded, at 1467, as follows:

The court declares RCW 9A.36.060 [*Washington State's assisted suicide statute*] unconstitutional because it places an undue burden on the exercise of a protected Fourteenth Amendment liberty interest by terminally ill, mentally competent adults acting knowingly and voluntarily, without undue influence from third parties, who wish to commit physician-assisted suicide. The court further declares RCW 9A.36.060 unconstitutional because it violates the right to equal protection under the Fourteenth Amendment by prohibiting physician-assisted suicide while permitting the refusal or withdrawal of life support systems for terminally ill individuals.

It is important to note that the above-noted decisions are lower court decisions. *Compassion in Dying v. State of Washington* was, in fact, appealed to the Ninth Circuit Court of Appeals on December 7, 1994.<sup>188</sup> A decision is forthcoming in the spring of 1995. It is expected that *Quill v. Koppell* will be appealed as well.

In addition to the foregoing cases, which were both decided at the federal level, the Michigan State courts have confronted similar issues in various challenges to Michigan laws prohibiting assisted suicide. In December 1994, the highest Michigan State court held that the federal constitution provides no right to physician-assisted death.<sup>189</sup>

## Proposed Amendment Initiatives

A number of unsuccessful formal proposals that sought to legalize euthanasia and/or assisted suicide were introduced in various states. They are as follows:<sup>190</sup>

188 Appeal docketed, No. 94-35534 (9th Cir. 1994).

189 *People v. Kevorkian*, Nos. 99591 and 99674, consolidated with *Hobbins et al. v. Michigan*, No. 99752, slip op. pp.22-44 (Mich. Dec. 13, 1994).

190 Cheryl K. Smith and Michele A. Tropkowski, eds., *Aid-In-Dying Legislative Proposals 1990-1993* (Oregon: The Hemlock Society U.S.A., 1993; Russel Ogden, *Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and in the United States* (for the 46th Annual

*Washington Initiative 119 (1991)*: The Initiative for Death With Dignity would have permitted voluntary euthanasia for competent, terminally ill adults with fewer than six months to live. A number of specific safeguards were outlined in the legislation. This Act was defeated in a state referendum by a vote of 54 to 46 per cent.

*California Proposition 161 (1992)*: The *Death With Dignity Act* would have legalized both euthanasia and physician-assisted suicide by recognizing the right of mentally competent, terminally ill adults, with a life expectancy of less than six months, to give written authorization for a physician to terminate life in a “painless, human and dignified manner”. This legislation was defeated in a state referendum by a vote of 54 to 46 per cent.

*Iowa Senate File 2066: The Assistance in Dying Act* would have provided a means for conscious, mentally competent adults who are terminally ill and expected to die within six months to receive voluntary euthanasia through a written declaration.

*Maine Legislative Document No.2257 (1992)*: This Act dealing with “medically assisted death” would have permitted voluntary physician assisted euthanasia for competent, terminally ill adults who are expected to die “within a relatively short time”.

*Michigan House Bill 5415: The Death With Dignity Act 1992* would have permitted competent adults to authorize or reject aid in dying. This Act would have required counselling for the patient, a 60 day waiting period, video-taping of the implementation of the directive and reporting of aid-in-dying procedures.

*New Hampshire House Bill 395: The Death With Dignity Act* would have allowed mentally competent, terminally ill adults to request assistance in suicide, but not active euthanasia. The Act would have required that the attending physician consult with a medical ethics committee regarding the patient’s prognosis, competence, and the voluntariness of the request.

*Oregon Senate Bill 1141*: This Bill would have permitted voluntary euthanasia for competent, terminally ill adults with fewer than six months to live. It also contained an option for patients in a permanent coma or vegetative state. It would have allowed patients to make an advance declaration requesting euthanasia in the event of permanent coma or a persistent vegetative state.

*Texas Senate Bill 1301 (1993)*: This Bill would have allowed competent, terminally ill persons, including minors, to petition a probate court for a medically assisted death. The assisted death would have to be witnessed by at least two adults.

*New York Article 49 (1994)*: This Article would have provided for competent, terminally ill adults with fewer than six months to live to request aid in dying. It outlined a number of safeguards and required reporting of all aid in dying procedures.

To date, the only proposal to permit a form of aid in dying in the United States that has been successful is Measure 16, filed in the State of Oregon by ERGO, *Euthanasia, Research & Guidance Organization*. This measure is a state-wide citizens’ initiative that allows qualified patients to request prescriptions for medication to end their lives provided that certain conditions are met.<sup>191</sup> This Measure, entitled the *Oregon Death With Dignity Act*, was formally passed on November 8, 1994 by a vote of 51 to 49 per cent. However, the initiative was challenged on constitutional grounds prior to its coming into force by two physicians, four terminally ill

---

Conference of the American Society of Criminology, 1994) [unpublished] p. 10-12.

191 The state-wide initiative process is a constitutionally valid method of passing legislation in the State of Oregon. One of its advantages is that it provides an alternative to proceeding by way of the legislature and enables the population to more actively participate in the legislative process.



patients, a residential care facility and individual operators of residential care facilities.<sup>192</sup> The plaintiffs brought a motion for a preliminary injunction postponing the implementation of the legislation until the constitutional issues were resolved. Judge Hogan of the United States District Court for the District of Oregon granted the injunction as of December 27, 1994.

It should also be noted that several states have appointed “Blue Ribbon” task forces to analyze and make recommendations to the state legislatures. The Task Forces have split on the issue. For example, the task force established in New York recommended against legislative reform, while that in Michigan favoured legislative reform.<sup>193</sup> For a complete list of the recommendations of the New York State Task Force, see Appendix N to this Report.

## FRANCE

### Assisted Suicide

There is no specific provision prohibiting assisted suicide in the French *Penal Code*. An assisted suicide may, however, be treated as a failure to assist a person in danger, pursuant to section 63 of the *Code*. This section provides:

Without prejudice to the possible application of the harsher punishments provided for in this Code or other specific legislation, every one who, without risk to himself or another, by taking immediate action, could prevent an act that is a crime or that is an offence against the physical integrity of a person and wilfully refrains from doing so, is liable to three months to five years’ imprisonment and a fine of 360 F to 20,000 F or to either of these punishments.

A person who wilfully refrains from assisting a person in danger where, without risk to himself or another, he could provide assistance, either by his own action or by summoning help, is liable to the same punishments provided for in the preceding paragraph.

In 1988 in order to counter a self-help suicide book, the government enacted two new sections to the *Code* prohibiting the provocation of suicide. Provoking a suicide is, therefore, distinguished from assisted suicide in France.

The National Assembly preferred “provoking suicide” to the concept of “inciting and assisting” suicide used in the private bill passed by the Haute Assemblée. The deputies did not wish to use the private bill to deal with the sensitive issue of euthanasia.<sup>194</sup>

The sections are now found in the revised *Penal Code* and they provide:

---

192 *Lee et al. v. State of Oregon, et al.*, No. 94-6467-H0 (D.Or.).

193 Tucker, “Physician Aid in Dying: A Constitutional Right”, p. 13.

194 Report on behalf of the commission on constitutional laws, legislation, universal suffrage, regulations and general administration concerning the private bill amended by the National Assembly prohibiting the provocation to suicide, No. 172, first ordinary session of 1987-1988, Senate, annex to the proceedings of the December 16, 1987 sitting, p. 11.

*223-13 Provoking the suicide of another is punishable by three years' imprisonment and 300 000 F in fines where the provocation has been followed by suicide or attempted suicide.*

*The punishment increases to five years' imprisonment and 500 000 F in fines where the victim of the offence set out in the preceding paragraph is a minor of fifteen years.*

*223-14 Propaganda or publicity in any form on behalf of products, objects or methods recommended as means of suicide is punishable by three years' imprisonment and 300.00 F in fines.*

*223-15 Where the offenses provided for in articles 223-13 and 223-14 are committed by means of the print or the audiovisual media, the specific legal provisions governing these matters apply with respect to the determination of the persons responsible.*

The above noted sections do not apply to assisted suicide but are limited to cases of provoking another's suicide.

## Euthanasia

Acts of euthanasia are considered homicide in the French *Penal Code*.

Sections 295 and 296 of the *Code* deal with homicide. They read as follows:

*295. Voluntary homicide is murder.*

*296. A murder committed with premeditation or by ambush is assassination.*

In addition, sections 221-5 and 221-6 of the revised *Penal Code* provide:

*221-5 The murder of another through the use or administration of substances capable of causing death is poisoning [...] and is punishable by 30 years' imprisonment.*

*221-6 Causing the death of another through clumsiness, carelessness, lack of attention, negligence or failure to observe a statutory or regulatory duty of safety or caution is involuntary homicide, punishable by three years' imprisonment and 300.000 F in fines.*

It should be noted that the motive of the accused or the request of the victim will not provide an excuse under the law and will not mitigate the crime.

However, as a result of the revision of the *Penal Code* in 1986, the doctrine of "état de nécessité" was codified in the new article 122-2, which provides:

*122-2 A person who acted under the influence of force or duress, which the person was unable to resist, shall not be punished.*

## Case law

The professional magistrature applies in a fairly strict manner the provisions of the *Penal Code* to cases of euthanasia. However, the "Cours d'Assises", generally competent to hear these cases, are very lenient and acquit accused persons almost systematically. At a minimum, the extenuating circumstances will be considered.<sup>195</sup> The jury, in these cases, is only required to give a "yes" or "no" answer with respect to the

---

<sup>195</sup> Euthanasia, European affairs services, comparative legislative section, Senate, Paris, January 1991, p. 18.



question of culpability and is not required to provide reasons for its decision. As such it is difficult to ascertain the applicable legal principles regarding euthanasia cases.

With respect to section 63 of the *Penal Code* dealing with the failure to assist a person in danger, the case law suggests that individuals can be found guilty of such an offence if they have failed to prevent a suicide or failed to intervene in time to prevent the completion of the act.<sup>196</sup>

The highly publicized case of *M. Le Bonniec* dealt with section 63 paragraph 2. Le Bonniec was one of the authors of the self-help book on suicide. A person who had read the book had written to the author on two occasions indicating his suicidal intentions and asking for advice on methods of committing suicide. The author gave him information on the dose needed to commit suicide. The person went on to commit suicide. The author was charged with failing to assist a person in danger. He was found guilty at his original trial.

On appeal, the Court of Appeal confirmed the judgment of the lower court based on the following reasons:

First, because the author, from reading the letters (of his correspondent), "was unable to doubt the determination (of his correspondent) to implement his plans to kill himself" and because of "the imminent danger" to which the latter was exposed. Second, "because, on the evidence, immediate intervention was required to prevent continuing and imminent mortal danger to Michel Bonnal whose psychological distress and vulnerability were known to Yves Le Bonniec". Next, "because the author could have used his influence or alerted a prevention association". Finally, and above all, "because by providing to the desperate person the information he had requested, he made it possible for the person to carry out his suicidal intentions." The Court, noting the failure to assist a person in danger, substantially increased the punishments and sentenced Le Bonniec to six months' imprisonment, with a stay, 10,000 F in fines and civil damages.<sup>197</sup>

The "Chambre criminelle" affirmed this decision.<sup>198</sup>

## Proposed Amendment Initiatives

An unsuccessful bill was introduced in the Senate in May 1989 which would render legal a declaration of volition to die in dignity<sup>199</sup>. The proposition provides that:

Any person having reached the age of majority who is suffering from a disease that the person considers disabling, incurable, irreversible, pathological or intolerable may make a declaration:

requesting that all possible means be used to alleviate his suffering, even if the only means that are still effective could shorten his life...

The declaration of volition would have to be in writing and signed by the declarant. The declaration would need to be renewed every five years and could be revoked at any time. The declarant could name an agent to ensure that his wishes were carried out. The bill states that it would not be a crime or a tort to help a person

196 Euthanasia, European affairs services, comparative legislative section, Senate, Paris, January 1991, p. 18.

197 Jacques Borricand, La répression de la provocation au suicide: de la jurisprudence à la loi [criminalizing provocation to suicide: from judicial decisions to legislation], *La Semaine Juridique*, Ed. G. no. 46, #3359.

198 Cass. crim. 26 avril 1988: Bull. crim. n. 178.

199 Private bill no. 312, rectified, legalizing a declaration of a wish to die in dignity and amending article 63 of the Penal Code. Paris, Senate, 18 May 1989, introduced by Mr. Boeuf and Mr. Laucournet.

die if the person is acting pursuant to the patient's request or pursuant to the request of his agent acting under the declaration. The bill would also modify section 63 of the *Penal Code* in order that doctors or other health care providers can allow the person to benefit from euthanasia without criminal consequences.

Another bill<sup>200</sup> was introduced in December 1989 in the National Assembly identical to that presented in the Senate. This proposition expired with the change of the National Assembly in 1993.

Yet another bill entitled, "Proposition de résolution sur l'assistance aux mourants," was presented to the European Parliament in April 1991 and would have permitted euthanasia in certain circumstances in hospitals and palliative care centres. The *Comité National Consultatif d'Ethique* and the *Conseil National de l'ordre des médecins* in France disapproved of this resolution. It was not adopted by the European Parliament.

## AUSTRALIA

While Australia is a federal state, the administration of the criminal justice system is primarily a matter of individual state and territory responsibility.<sup>201</sup> There are three sources of criminal law in Australia: the criminal codes of Queensland, Western Australia, the Northern Territory, and Tasmania; the common law which applies with little legislative interference in Victoria and South Australia; and the *Crimes Act* 1900 which applies in New South Wales and the Australian Capital Territory.<sup>202</sup>

### Assisted Suicide

Assisted suicide is an offence in all Australian jurisdictions. In the Australian Capital Territory, New South Wales, South Australia and Victoria, it is an offence for a person to incite, counsel, aid or abet another to commit suicide or attempt to commit suicide.<sup>203</sup> Under the Codes in the Northern Territory, Queensland and Western Australia, it is an offence to "procure" or "counsel" another to kill himself or "aid" another killing himself.<sup>204</sup> In Tasmania, it is an offence to "instigate or aid another to kill himself".<sup>205</sup> The penalties provided for assisted suicide vary from jurisdiction to jurisdiction. For example, in the Australian Capital Territory, the penalty for such conduct is imprisonment for 10 years.<sup>206</sup> By contrast, in New South Wales, a distinction for punishment is drawn between aiding, abetting and inciting, or counselling suicide. The former carries a penalty of up to 10 years while the latter is punishable by up to 5 years.<sup>207</sup> In South Australia, the penalty is more severe if the suicide was successful.<sup>208</sup>

The circumstances surrounding the offence, the condition of the person wishing to commit suicide, a request for assistance in committing suicide, and the motivating factors for the offence are all irrelevant in establishing the elements of the offence of assisted suicide.<sup>209</sup>

200 Private bill legalizing a declaration of a desire to die in dignity, no. 999, National Assembly, introduced by Mr. Bernard Charles.

201 Margaret Otowski, "Mercy Killing Cases in the Australian Criminal Justice System" (1993) 17 *Criminal Law Journal* 10 p. 11.

202 Ian Temby, "Euthanasia - Is it Murder" (1988) 21:1 *Australian Journal of Forensic Sciences* 2 p. 3.

203 *Crimes (Amendment) Ordinance (No.2)* 1990 (A.C.T.), s.17(1),(2); *Crimes Act* 1900 (N.S.W.), s.31c(1),(2), as amended by the *Crimes (Mental Disorder) Amendment Act* 1983 (N.S.W.); *Criminal Law Consolidation Act* 1935 (S.A.), s.13 (a) (5),(6),(7), as amended by the *Criminal Law Consolidation Act Amendment Act* 1983 (S.A.); and *Crimes Act* 1958 (Vic.), s.6B(2).

204 *Criminal Code* 1983 (N.T.), s.168; *Criminal Code* 1899 (Qld), s.311; *Criminal Code* 1913 (W.A.), s.288.

205 *Criminal Code* 1924 (Tas.), s.163.

206 *Crimes (Amendment) Ordinance (No.2)* 1990 (A.C.T.), s.17(1),(2).

207 *Crimes Act* 1900 (N.S.W.), s.31c(1),(2), as amended by the *Crimes (Mental Disorder) Amendment Act* 1983 (N.S.W.)

208 *Criminal Law Consolidation Act* 1935 (S.A.), s.13(a)(5),(6)(7), as amended by the *Criminal Law Consolidation Act Amendment Act* 1983 (S.A.).

209 Margaret Otowski, "Mercy Killing Cases" p. 12.



Some states have specific statutory provisions dealing with suicide pacts. In Victoria, for example, where a person is acting pursuant to such a pact and either kills the other or is party to the other being killed by a third person, he or she is guilty of manslaughter.<sup>210</sup> By contrast, in New South Wales, the survivor of a suicide pact is not guilty of murder or manslaughter, but may be found guilty of the offence of aiding, abetting, counselling or inciting suicide.<sup>211</sup>

## Euthanasia

The law with respect to euthanasia is fairly uniform throughout Australia. Under existing criminal law principles in both criminal code<sup>212</sup> and common law jurisdictions,<sup>213</sup> any act deliberately undertaken to bring about the death of a person is treated as murder.<sup>214</sup>

It should be noted that, for the purpose of establishing criminal liability, it is irrelevant that the person killed was terminally or incurably ill, that a request to die was made on the part of the deceased<sup>215</sup> or that the offender acted out of compassion for the deceased. As one author writes:

The fact that the administering physician might be acting out of compassion and from the highest motives does not change the characterization of the offence as murder. The requisite *mens rea* or mental element of the crime — that of an intention to kill — would be present, as would the *actus reus*, the performance of the criminal act. Motive is not taken into account, nor is it relevant that the patient requested his own death, or that death from natural cause may have been imminent.<sup>216</sup>

In the past, life imprisonment was the mandatory sentence for murder in all Australian jurisdictions. This was replaced by a maximum sentence of life imprisonment in some states. The sentence for murder is now discretionary in the Australian Capital Territory, New South Wales and Victoria. Life imprisonment is still mandatory for murder in the following jurisdictions: Northern Territory, Queensland, South Australia, Tasmania and Western Australia.<sup>217</sup>

## Case law

In Australia, prosecutions in cases of assisted suicide and euthanasia are rare.<sup>218</sup> An example of a discontinued prosecution is a case in 1983 that occurred in the Australian Capital Territory. The facts involved a woman who had killed her terminally ill sister, the latter of whom had previously expressed a wish to die. The Commonwealth Attorney General decided not to prosecute despite the fact that a *prima facie* case of

<sup>210</sup> *Crimes Act*, 1958, section 6B(1),(3),(4).

<sup>211</sup> *Crimes Act*, 1900, s.31B cited in Sharma, "Euthanasia in Australia" p. 138.

<sup>212</sup> Tasmania, Queensland, Western Australia and the Northern Territory.

<sup>213</sup> Victoria and South Australia. In New South Wales, the criminal law is primarily contained in the *Crimes Act* 1900 (N.S.W.). This Act also applies in the Australian Capital Territory by virtue of s.6(1) of the *Seat of Government Acceptance Act* 1909.

<sup>214</sup> Otowski, "Mercy Killing Cases" p. 12 and Temby, "Euthanasia" p. 3.

<sup>215</sup> It should be noted that in all jurisdictions, the consent of the victim is irrelevant with respect to homicide. For example, section 53(a) of the Tasmanian *Criminal Code* provides: No person has a right to consent to the infliction (a) of death upon himself;... and any consent given in contravention hereof shall have no effect as regards criminal responsibility. All the other criminal code states have similar provisions. In the common law states, the case law provides that a person cannot consent to his or her own death. See Sharma in "Euthanasia in Australia" p. 133.

<sup>216</sup> K.M. Sharma, "Euthanasia in Australia" (1986) 2 *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 133. Also see Otowski, "Mercy Killing Cases" p. 12.

<sup>217</sup> Otowski, "Mercy Killing Cases" p. 18.

<sup>218</sup> Otowski, "Mercy Killing Cases" p. 13 and Temby, "Euthanasia" p. 6; Sharma, "Euthanasia in Australia" p. 142.

murder was found to have been established. The reason given for this decision was that the evidence was largely circumstantial and a jury would be unlikely to convict.<sup>219</sup>

One example, however, of a prosecution and conviction is the 1983 *R. v. Larkin* case. A nurse had administered a fatal dose of insulin to her partner, a manic depressive who had, on a number of occasions, threatened to commit suicide. The deceased had taken an overdose of tablets while the accused was at work. When she returned home, the deceased once again expressed his wish to die and attempted to inject himself with a fatal dose of insulin. The accused responded to his plea by administering the fatal injection. The Victorian Supreme Court placed the nurse on a three-year good behaviour bond after she pleaded guilty to a charge of aiding and abetting suicide.<sup>220</sup>

The *Barnes* decision, an unreported case of the Supreme Court in New South Wales, involved a nurse's assistant who was charged with attempted murder after allegedly administering an unauthorised dose of pethidine to an elderly patient. He then proceeded to administer an overdose to himself in an attempt to take his own life. The patient survived the overdose but died some time later from natural causes. The accused admitted to having administered the drug in order to kill the patient but claimed that she had been in severe pain and that he acted out of merciful motives. He pleaded not guilty to the charge of attempted murder. At trial, he denied having administered the overdose and said he could not recall what had happened that night. Evidence was put forward that he had been receiving psychiatric treatment. The jury returned a verdict of not guilty.<sup>221</sup>

### Proposed Amendment Initiatives

A number of jurisdictions in Australia have undertaken initiatives for reform with respect to the current laws on euthanasia and/or assisted suicide. The most significant of these initiatives have occurred in the Northern Territory, South Australia, and the Australian Capital Territory where bills have been introduced that would legalize some form of aid in dying.

On February 21, 1995, a private members' bill entitled the *Rights of the Terminally Ill Act* 1995, was introduced by Chief Minister of the Northern Territory, Marshall Perron. The Bill was passed on May 25, 1995 by the 25 member Northern Territory Assembly. The Act gives terminally ill persons the right to request assistance from a medically qualified person to voluntarily terminate their lives. Terminal illness is defined as one which "in reasonable medical judgment will, in the normal course, without the application of extraordinary measures of treatment unacceptable to the patient, result in the death of the patient". Assistance may be given to a patient by a medical practitioner only if a number of conditions are met. They include the following:

The patient must be at least 18 years of age;

The medical practitioner must be satisfied that the patient is suffering from a terminal illness, that there is no medical measure acceptable to the patient that can reasonably be

---

219 Due to a suppression order made by the court, the name of the defendant may not be published. For a description of the case, see: Otlowski, "Mercy Killing Cases" p. 15-16 and Sharma, "Euthanasia in Australia" p. 141.

220 Sharma, "Euthanasia in Australia" p. 141 and Otlowski, "Mercy Killing Cases" p. 25.

221 For a more detailed discussion of this case, see Otlowski, "Mercy Killing Cases" p. 20.



undertaken in the hope of effecting a cure, and any available treatment is confined to relief of pain, suffering and/or distress;

The patient must have undergone examination by a second medical practitioner who has confirmed the first practitioner's diagnosis and prognosis;

The illness must be causing the patient severe pain, suffering, and/or distress;

The medical practitioner must have informed the patient of the nature of the illness, its likely course, and the medical treatment available, including palliative care, counselling, psychiatric support, and extraordinary measures;

The patient must be of sound mind as attested to by a medical practitioner;

The patient must make a request in writing and sign it. Two medical practitioners must witness the patient's signature. If the patient is unable physically to sign the form, any person 18 or over (other than the medical practitioners) may, at the patient's request and in his or her presence, as well as in the presence of both witnesses, sign the request on the patient's behalf; and

The medical practitioner must himself or herself provide the assistance and/or remain present while the assistance is given and until the death of the patient.

The *Voluntary Euthanasia Act* 1995 was recently introduced by M.P. John Quirke in the South Australian Parliament. This Act allows assistance in dying for patients who are terminally ill and who have made a request. Any person over 18 years of age who is terminally ill and diagnosed as likely to die within 12 months may make a request for voluntary euthanasia or assisted suicide. The conditions to making such a request include the following:

The terminally ill person must be of sound mind and this condition must be attested to by the witnesses to the request;

The person must be competent to make the decision and must in fact make the decision. A third party has no authority to do so.

The diagnosis of the terminal illness and the prognosis of the case must be confirmed by two medical practitioners: one involved in the case management and the other having confirmed the diagnosis and prognosis, having examined the patient thoroughly, and not having been involved in the day to day management of the particular case;

The request must be made in writing and signed by the terminally ill person. It must be witnessed by a medical practitioner and one other adult witness. An oral request may be made if the person is unable to write. In this latter case, the request may be written by the witnesses and, if practicable, a videotape recording of the making of the request by the terminally ill person must be made; and

The medical practitioner must fully inform the patient of the diagnosis and prognosis of the forms of treatment available including their risks, side effects and likely outcome and the proposed euthanasia procedure, the risks associated with the procedure and feasible alternatives.

In the Australian Capital Territory, draft legislation dealing with euthanasia is being considered by Parliamentary Counsel and is expected to be tabled in June of this year. Michale Moore will introduce the *Voluntary and Natural Death Bill* 1993 which, if passed, would allow a person of sound mind who has attained the age of 18 years and suffering from a terminal illness to request that extraordinary measures not be applied or that a drug be administered for the purpose of inducing death. Section 3 of the Bill defines terminal illness as:

*Any illness, injury or degeneration of mental or physical faculties such that*

*(a) death would, if extraordinary measures were not undertaken, be imminent; or*

*(b) there is an absence of thought or perception;*

*from which there is no reasonable prospect for a temporary or permanent recovery, even if extraordinary measures were undertaken.*

The *Voluntary and Natural Death Bill* sets out a series of conditions and requirements, similar to those set out in the other bills, that must be met in order to be eligible to make a request to obtain assistance in dying. The following are some examples: the request must be witnessed by 2 persons and these must not be either relatives of the person making the direction or persons entitled to a portion of the estate of the terminally ill person; a medical practitioner must inform the person of the nature of his or her illness, alternative forms of treatment, and the consequences of remaining untreated; and the medical practitioner must not comply with the request unless he or she has consulted a second medical practitioner who has not been a treating physician and who agrees with the granting of the request.

## GERMANY

### Assisted Suicide

There is no specific provision prohibiting assisted suicide in the *German Penal Code*. The active participation of one individual in the suicide or attempted suicide of another is not criminalised and is not punishable, provided that the person who committed suicide was in control of the act of suicide pursuant to the doctrine of the "*Tatherrschaft*" that has been developed by the German courts. This doctrine involves being capable of exercising control over one's action and also acting freely, responsibly and without coercion.<sup>222</sup> As such, while assisting in the suicide of a disturbed, depressed or demented person or one coerced by external forces, would not be permitted under German law, aiding an informed person who voluntarily chooses death, is permitted.<sup>223</sup>

It is fundamental, in order to be exempt from liability, that the final act that causes death be committed by the person desiring death. The justification for the great emphasis placed on the agent of the act is the need to preserve, as much as possible, the availability of the option of reversing the process at any time by the person wishing to die. This control is germane to the doctrine of the "*Tatherrschaft*": unless the person who seeks death undertakes the final act that brings about the death, there is a lack of control over one's actions.<sup>224</sup>

The aiding and abetting provisions do not apply in cases of assisted suicide because these offences involve assisting in the commission of an illegal act. Since suicide is not illegal, assisted suicide cannot be an offence under sections 26 and 27(1).<sup>225</sup> These sections read:

---

222 See Stephanie Weinhold, "The Right to Die with Dignity in the Federal Republic of Germany and in Canada" (Unpublished) University of Heidelberg, Faculty of Law, 1994 (original in German) p. 27-28; see also Adolf Schoenke and Horst Schroeder, *Strafgesetzbuch: Kommentar*, 24th ed., (Munich: C.H. Beck 1991) p. 1552; Ulfried Neumann, "Die Strafbarkeit der Suizidbeteiligung als Problem der Eigenverantwortlichkeit" in *Juristische Arbeitsblätter* 1987, 244 p. 245; Johannes Wessels, *Strafrecht - Besonderer Teil - I* 23rd ed., (Heidelberg: C.F. Mueller, 1993) p. 9, 36.

223 Margaret P. Battin "Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?" (March-April 1992) *Hastings Centre Report* 44 p. 45.

224 Weinhold, "The Right to Die with Dignity" p. 23, 27-28; Schoenke/Schroeder, "Strafgesetzbuch" p. 1514.

225 Weinhold, "The Right to Die with Dignity" p. 23; Johannes Wessels, *Strafrecht* p. 9.



## 26. Accessory before the fact

*Anyone who intentionally causes another to deliberately commit an illegal act shall be punished as if he/she were a perpetrator.*

## 27. Aiding and abetting

*(1) Anyone who intentionally helps another to deliberately commit an illegal act shall be treated as an abettor.*

It has, however, been argued by many German legal scholars that there is an apparent inconsistency in the fact that assisted suicide is not illegal but that there may be a duty imposed upon specific parties standing in certain professional or personal relationships to other persons (e.g. the doctor/patient relationship) to rescue a suicide in progress, pursuant to sections 13 and 323c of the *Code*.<sup>226</sup> These provisions provide:

### 13. Commission through omission

*(1) Anyone who fails to prevent an outcome which constitutes one of the elements of a criminal offence according to a penal Act shall be punishable under that Act only if he/she is legally responsible for ensuring that the outcome in question does not occur, and if the omission is equivalent to actively committing the criminal offence. [Translation]*

### 323c Failure to provide assistance

*Anyone who fails to provide assistance in the case of an accident or common danger or an emergency, even though such assistance is required and the person in question could reasonably be expected in the circumstances to provide such assistance, especially if he/she can do so without any considerable personal risk and without violating any important obligations, shall be punished by the imposition of a fine or a term of imprisonment up to one year.*

These sections establish a positive duty to intervene in certain circumstances. Their effect is to curtail the physician's role in suicides and insulate the patient from *physician* aid in dying.<sup>227</sup> As one author writes, "[A]lthough the physician is not prohibited from giving a lethal drug to a patient, once that patient has taken the drug and becomes unconscious, the physician incurs a duty to resuscitate him or her".<sup>228</sup>

Indeed, some courts have applied these provisions in combination with section 216 [homicide at the request of the person] in order to erode the immunity from criminal prosecution for assisted suicide.<sup>229</sup>

The *Wittig* decision illustrates this point. In that case, a doctor found one of his patients in a state of unconsciousness after she had attempted to commit suicide. He did not undertake any action in order to revive the patient because he was aware of her clearly expressed intention to commit suicide and he assumed she could not be resuscitated without permanent damage. One author expressed the holding in this decision as follows:

226 Walter Gropp, "Suizideteiligung und Sterbehilfe in der Rechtsprechung" in *Neue Zeitschrift fuer Strafrecht* 1986 p. 97; Ulf Bade, *Der Arzt an den Grenzen von Leben und Recht* (Luebeck: Schmidt-Roemhild, 1988) p. 147. For a detailed discussion of the German courts' application of sections 13, 323c and 216 of the *German Penal Code*, see Weinhold, "The Right to Die" p. 31-34.

227 For a more detailed discussion regarding the role of physicians in Germany and the attempt to exclude the medical establishment from assisted suicides, see Battin, "Assisted Suicide" p. 45-46.

228 See Battin, "Assisted Suicide" p. 45-46; see also the *Wittig* decision, BGH, 3. Strafsenat, July 4, 1984.

229 See Battin, "Assisted Suicide" p. 45-46; see also the *Wittig* decision, BGH [Federal Court of Appeal], 3. Strafsenat., July 4, 1984.

The Court [Federal Court of Appeal] held that there was a special relationship between a physician and her/his patients. Moreover, it is a criminal offence according to [sections] 13 and 323c of the German Penal Code to omit helping when faced with an accident and when capable of providing help. The Court utilized the doctrine of “*Tatherrschaft*” and stated that, upon Dr. Wittig’s arrival, there was a change as to who was in control of the last act before the patient’s death. The Court acquitted Dr. Wittig based on the weak argument that he made a “medical decision of conscience” in not reviving the patient because he believed that she had already suffered severe brain damage when he arrived.<sup>230</sup>

This decision has been criticized:

This interpretation of the “*Tatherrschaft*” doctrine significantly undermines the view that assisted suicide is not a criminal offence. Unless death occurs immediately, the situation arises whereby the person giving assistance has to “save” the person wishing to die as soon as that person has lost consciousness. Walter Groop gives the analogy that a person may give the person wishing to die a rope but s/he has to cut the rope as soon as the person wishing to die has lost the capability to act. In essence, the courts are turning the threat of punishment in [section] 216 into an authorization for forced treatment.

Furthermore, the application of [section] 323c of the *German Penal Code* depends upon there being an “accident”. It is questionable whether every attempted suicide can be viewed as an accident.<sup>231</sup>

## Euthanasia

In Germany, acts of euthanasia could potentially fall under one of three categories: murder, manslaughter or homicide at the request of the person killed. The act of killing is considered murder if it is undertaken without the victim’s consent and where the motives behind the act are “selfish” or “base”. Section 211 of the *German Penal Code* provides:

### *211. Murder*

*(1) A murderer shall be punished by being imprisoned for life.*

*(2) A murderer is anybody who, maliciously or cruelly, or using means that endanger the public at large, or in order to permit the commission of or to cover up another crime, kills a human being out of the simple love of killing, or to satisfy a sexual urge, or out of greed, or for some other base motives.*

The provision dealing with manslaughter is applicable in cases where the facts involve the killing of a person without his or her consent but in the absence of a “base motive”.<sup>232</sup> Section 212 provides as follows:

---

230 Weinhold, “The right to Die with Dignity” p. 4.

231 Weinhold, “The Right to Die with Dignity” p. 5.

232 Mustafa D. Sayid, “Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws of Germany, Switzerland and the United States” (1983) 6 *Boston College International & Comparative Law Review* 533 p. 550.



## 212. Manslaughter

*(1) Anybody who intentionally kills a human being in a manner not amounting to murder shall be punished for manslaughter by being imprisoned for a term of not less than five years.*

*(2) In especially serious cases, the punishment shall be imprisonment for life.*

Furthermore, section 213 of the *Code* mitigates the penalty for manslaughter in the case of “extenuating circumstances”. It reads:

*213. If the person charged with manslaughter was provoked into a fit of anger, without fault of his own, by a battery or serious insult, committed by the deceased against the defendant or one of his relatives, and the defendant was prompted instantly to commit the deed, or if other extenuating circumstances are present, the punishment shall be imprisonment for a term of not less than six months.*<sup>233</sup>

The motive distinguishes murder from manslaughter. Indeed, the *German Penal Code* considers motive as an important element in determining culpability and is considered in both the grading of the offence and the sentencing of the crime. One author, in referring to the *German Code*, wrote:

Once the judge considers the motive of the actor, the character and personality of the criminal becomes apparent...The personality of the actor encompasses “the character of the actor, his dangerousness or harmlessness, [and] the probability or improbability of his repeating the crime”. Thus, in a prosecution for euthanasia, the judge would direct his attention to the total personality of the actor and not merely to a partial view of the homicide. Under this approach, the judge can better view the entire incident and thus be better prepared to render a fair and equitable sentence.<sup>234</sup>

The more widely applied provision in euthanasia cases is section 216, homicide at the request of the victim. This provision allows the courts a certain amount of discretion in terms of sentencing where an express wish to die is articulated in some way. In other words, a communication must be made, either through words or gestures, that the person desires death.<sup>235</sup> The demand must be “serious” and “earnest”; this means that the person wishing to die must be competent and able to freely make the decision.<sup>236</sup> Section 216 of the *Code* stipulates:

233 Sayid, “Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws” p. 551.

234 Sayid, “Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws” p. 547-548.

235 *Uncle* case, BGH, decision of November 25, 1986 can be located in *Neue Juristische Wochenschrift* 18 p. 1092; see Weinhold, “The Right to Die with Dignity” p. 25.

236 See Eduard Dreher and Herbert Troendle, *Strafgesetzbuch und Nebengesetze* (Munich: C.H. Beck, 1993) p. 1199. Schoenke/Schroeder p. 1501; Weinhold, “The Right to Die with Dignity” p. 25.

**216. Homicide at the request of the person killed**

(1) *If a person kills another after having been expressly and earnestly requested to do so by the person killed, the punishment shall be imprisonment for a term of not less than six months but not exceeding five years.*

(2) *The attempt is punishable.*

**Case Law**

Although the issue of whether there is a constitutional right to "active euthanasia" has been raised at the lower court level and has been decided in the negative,<sup>237</sup> to date, the German Constitutional Court has declined to settle the question.

**Proposed Amendment Initiatives**

Several unsuccessful proposals to amend section 216 of the *German Penal Code* have been made by German physicians and criminal law scholars. A 1986 initiative offered the following amendment:<sup>238</sup>

Under the conditions set forth in paragraph 1, the court may waive punishment if the killing has put an end to extreme suffering that could no longer be borne by the person in question and that could not have been eliminated or alleviated in any other way.

A second amendment, proposed in 1989, would have read as follows:<sup>239</sup>

Consent does not eliminate the unlawfulness of the killing unless, due to an incurable illness of the person, a continued life is contrary to the interest of the person, and the act is carried out by a physician.

The German Society for Humane Dying (*Deutsche Gesellschaft fuer Humanes Sterben* (hereafter DGHS)),<sup>240</sup> which advocates the decriminalization of euthanasia, has proposed the following amendment to section 216:

---

237 *Daniela* case (VG Karlsruhe [Administrative Court of Karlsruhe], decision of December 12, 1987, can be located in *Neue Juristische Wochenschrift* 1988 p. 1536. For a detailed discussion of the *Daniela* case, see Weinhold, "The Right to Die with Dignity" p. 66-68.

238 This proposal is referred to as *Alternativentwurf eines Gesetzes ueber Sterbehilfe* (Alternative draft of a law on aid-in-dying) and was developed by a working group of professors of criminal law and of medicine. For a discussion of the proposal, see: Astrid Muschke, "Gesetzliche Regelung der Sterbehilfe" (Dissertation in Giessen, Germany, 1988) p. 152-153; Heinz Schoeck, "Menschenwuerdiges Sterben und Strafrecht" in *Zeitschrift fuer Rechtspolitik* 1986 p. 236; and Weinhold, "The Right to Die with Dignity" p. 93-94. For the proposal itself, see Albin Eser and Hans-Georg Koch, *Materialien zur Sterbehilfe: Eine Internationale Dokumentation* (Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut fuer Auslaendisches und Internationales Strafrecht, 1991) p. 153.

239 Law Library of Congress, *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5 p. 7.

240 DGHS was founded in 1980 to facilitate suicide for those who are terminally ill. For a detailed discussion of its proposed changes, see Weinhold, "The Right to Die with Dignity" p. 94-96; Muschke p. 161; Jutta Detering "Forum: Paragraph 216 und die aktuelle Diskussion um Sterbehilfe" in *Juristische Schulung* 1983 p. 418. As to the proposal itself, see Albin Eser and Hans-Georg Koch, *Materialien zur Sterbehilfe: Eine Internationale Dokumentation* (Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut fuer Auslaendisches und Internationales Strafrecht, 1991) p. 154-155.



*Under the terms set forth in section 216, consensual killing is not a criminal offence if:*

- (a) the person killed was undergoing extreme suffering which he/she could no longer endure;*
- (b) that person's wish to die was shown to have been lasting;*
- (c) the person killed was physically unable to kill him/herself; and*
- (d) there was no pressure exerted on any of the participants.*

## SWEDEN

### Assisted Suicide

The *Swedish Criminal Code* does not contain an express provision dealing with assisted suicide.<sup>241</sup> However, an act of assisted suicide could result in a charge under the murder or manslaughter provisions of the *Code*. If the charge is murder or manslaughter in an assisted suicide case, the courts will rarely impose the normal punishments for such offences. The imposition of a more lenient sentence in murder and manslaughter cases is possible under Swedish criminal law because the *Criminal Code* contains various provisions permitting a certain amount of discretion in the sentencing process in specified circumstances.<sup>242</sup> One provision of the *Code* provides that a court may impose a more lenient sentence for a crime if the underlying motive for the commission of the offence involves "profound human compassion".<sup>243</sup> The relevant provisions are found in of Chapter 23 of the *Criminal Code*. They provide:

*Section 1. In view of a uniform administration of justice, punishments shall be determined within the framework of a scale relevant to the crime or the culpability of the total criminality.*

*When culpability is appraised, special attention shall be paid to the damage, offensiveness or danger brought about by the act, and to the accused person's perception or expected perception about this, as well as to his intentions or motives.*

*[...]*

*Section 3. When culpability is appraised, the following points - in addition to those that are applicable to certain cases - shall be especially regarded as mitigating circumstances:*

- 1. whether the crime was brought on by someone else's grossly offensive behaviour;*
- 2. whether the accused had, as a result of psychological disturbance or excited state of mind or some other reason, a severely impaired ability to control his actions;*
- 3. whether the conduct of the accused was related to his obviously impaired development or experience or ability to judge; or*
- 4. whether the crime was brought about by powerful compassion for fellowman.*

*Lighter sentences than those prescribed for the crime may be imposed, should the crime's culpability indicate this.*

Therefore, according to subsection 4 of section 3, a court may impose a lighter sentence if the underlying reason for the commission of the offence was compassion for the victim.

241 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/95, p. 20.

242 Chapter 23 of the *Criminal Code* as cited in *Euthanasia in Foreign Countries*, *Ibid.* p. 20.

243 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5, p. 20-21.

## Euthanasia

All acts of euthanasia are dealt with under the murder and manslaughter provisions of the *Swedish Criminal Code*. They provide as follows:

*Section 1. A person taking another person's life is sentenced for murder to imprisonment for a term of 10 years or for life.*

*Section 2. If a crime indicated is s. 1 is regarded as less serious considering the circumstances leading to it or otherwise, it is subject to a sentence for manslaughter, with imprisonment for a term not less than six years and not exceeding ten years.*<sup>244</sup>

However, as was already noted above, there are certain provisions in the *Swedish Criminal Code* that permit the courts to sentence an accused to a less severe penalty than what the law normally requires for each crime. These provisions are generally invoked in cases involving acts of euthanasia.<sup>245</sup>

## Case law

In a leading Swedish case, a journalist was charged with manslaughter for ending the life of a handicapped person, who was almost completely paralysed, on the latter's request. The accused journalist had complied with the wishes of the disabled person by lethal injection and by administering tablets. It was not possible to determine whether the cause of death was due to the injection or the tablets or a combination of both. The death was caused, however, by the administration of these substances. The medication was provided by a physician who did not actively participate in the final act that brought about the death of the disabled person, beyond providing the necessary dosage of medication.<sup>246</sup> The journalist argued that she had only assisted in a suicide and such action was not punishable. The doctor, who was charged with being an accessory to manslaughter, also argued that he had only assisted in a suicide and, thus, no punishment should be imposed.<sup>247</sup>

The District Court of Stockholm, did not accept the argument that both accused had only assisted in a suicide. While accepting that the journalist had acted with compassion and respect for human dignity in complying with the deceased's request, the Court held that since she had actively participated in terminating a life without having any expertise in the field of medicine, she had nonetheless violated the law. Consequently, she was found guilty of manslaughter. However, in light of the circumstances of the case, and the testimony of several witnesses corroborating the statements made by the accused journalist to the effect that the deceased had no desire to continue living, the Court applied the discretionary sentencing provisions for manslaughter and sentenced the accused to a punishment of eight months' imprisonment.<sup>248</sup> The doctor was found guilty of being an accessory to manslaughter and also received a prison sentence. The Court based its decision on the following reasoning:

---

<sup>244</sup> *Criminal Code*, Ch.3, ss. 1 & 2 (Sveriges Rikets Lag, 1994 cited in *Euthanasia in Foreign Countries*, , 1994/5 p. 20.

<sup>245</sup> *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5, p. 21.

<sup>246</sup> *Ibid*, p.20

<sup>247</sup> Case No. 139 (1979) *Nytt Juridisk Arkiv* (I: 1979) cited in *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5, p. 20.

<sup>248</sup> *Ibid*, p. 20.



Hedeby [the journalist] placed, with intention to end Handberg's life, a lethal dose of sleeping drugs in his mouth and administered liquid to his mouth so that he could swallow the tablets and injected into the bend of his elbow a lethal dose of insulin. These measures, which caused his death, must be regarded as parts of one act. Through this act, Hedeby deprived Handberg of his life, regardless of that he himself had swallowed the sleeping drug...By assisting in the manner alleged by the prosecutor, Toss [the doctor] became guilty of being accessory to manslaughter. [...] STR [Stockholm District Court] does not think that Toss was in a situation that could justify discharge from liability on grounds of emergency.<sup>249</sup>

Both the prosecution and the accused journalist appealed the decision of the District Court. The Court of Appeal confirmed the finding of the District Court judge that the accused journalist had acted on humanitarian grounds. However, the Court concluded that since she had actively participated in bringing about the death of the deceased, it was in the public interest to demonstrate a clear denunciation of the conduct of the accused by imposing a more severe punishment. As such, the Court increased the prison term from eight months to one year. The Court stated:

On the other hand, it has to be noted that the act indicates a serious deviation from the judicial concepts characterizing the Penal Code's provisions, which are based on respect for human life, even in a case where life's value may seem doubtful to a person seriously ill. To leave such deviations without appreciable sanctions could lead to complicated consequences. Existing principles can not be surrendered and euthanasia accepted without relevant legislation or at least some orienting guidelines with a necessary anchorage in society. Therefore, the Appeal Court finds that in consideration of general obedience to the law, it is essential that Hedeby receive a prison sentence which emphasizes the seriousness attached by the Penal Code to the act. The punishment should be more severe than indicated in STR's judgment.<sup>250</sup>

The decision of the Court of Appeal was upheld by the Swedish Supreme Court. The Supreme Court found as follows:

In accordance with the contents of the Appeal Court's verdict, pursuant to the valid legislation it is a criminal act to deliberately take a person's life, even if this is done at the request of the latter. In principle, however, an action that can not be designated otherwise than as complicity in suicide is not punishable. The drawing of the boundary between perpetration and complicity is therefore critical for whether Hedeby's actions are to be considered criminal. This must be evaluated in accordance with general principles concerning liability for complicity within penal law...

On Handberg's request, Hedeby had promised to take measures with the intent that Handberg would die. These measures, performed with the intent mentioned, were included in an action plan drawn up by her in advance and carried out as a practically uninterrupted sequence. With regard to liability, the measures must therefore be regarded as one single act. By swallowing the barbituric acid tablets, Handberg participated actively in a moment included in the act. The course of the act - at the later stages, in which Handberg did not participate at all - was characterized, however, by such independent action by Hedeby that her participation has to be judged as perpetration. Thus, Hedeby has to be considered to

249 Case No. 139 (1979), *Nytt Juridisk Arkiv* (I: 1979), pp. 802-817.

250 *Ibid.*

be the perpetrator causing Handberg's death, whether this happened because of the administration of barbituric acid or insulin or a combination of these substances.<sup>251</sup>

## Proposed Amendment Initiatives

To date, no initiatives have been undertaken to amend the current legal situation with respect to euthanasia and assisted suicide in Sweden.<sup>252</sup>

## SWITZERLAND

### Assisted Suicide

Pursuant to section 115 of the *Swiss Penal Code*, inducing or assisting someone to commit suicide is punishable with up to five years' penal servitude or with three years' imprisonment, if the perpetrator acted with a selfish motive and the suicide was attempted or completed. A selfish motive has been held to include financial gain and the desire to be freed from caring for a person. In the absence of a selfish motive, assisting in the suicide of another is not criminal.<sup>253</sup> Section 115 provides:

*115. A person who, for selfish motives, persuades or assists another person to commit suicide will be punished, in case of completed or attempted suicide, with penal servitude up to five years or with imprisonment.*

### Euthanasia

Section 114 of the *Swiss Penal Code* creates a separate crime for "homicide upon request" that carries a lighter sentence than murder. The section provides that anyone who kills with a compassionate motive and upon the earnest and urgent request of the victim is punishable by up to three years' imprisonment. Section 114 of the *Code* stipulates as follows:

*114. A person who ends another person's life for estimable motives, namely for pity, at the serious and urgent request of that person will be punished with imprisonment.*

Acts of euthanasia that do not involve an explicit request on the part of the person who is killed are treated as murder or manslaughter, depending upon the circumstances of the case.<sup>254</sup>

Thus, under the *Swiss Penal Code*, the actor's motive is the primary consideration in determining the actor's culpability. One author writes:<sup>255</sup>

Under the *Swiss Penal Code*, the actor's motive is the essential factor in determining the actor's culpability. The motive which caused the actor to commit the crime is relevant to determining the actor's dangerousness and in predicting whether or not he will repeat the

---

251 *Ibid.*

252 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5.

253 *Ibid.*

254 *Ibid.*

255 "Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing? A comparison of the Criminal Cases in the United States, The Netherlands and Switzerland," (1990) 12 *Loy. L.A. Int'l & Comp. L. J.* p. 839. Also see Russel Ogden, "The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying" (1994) XX:1 *Canadian Public Policy* 1 p. 10-11.



crime. The theory is that one who kills to gain a reward or a financial benefit will do so again, while one who kills out of mercy or compassion is unlikely to repeat the act.

### **Case law**

To date, there has been no leading case dealing with assisted suicide or euthanasia in Switzerland.

### **Proposed Amendment Initiatives**

At present, no reform initiatives have been undertaken in Switzerland with respect to the laws regarding assisted suicide and/or euthanasia.<sup>256</sup>

---

<sup>256</sup> *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5.





# ***De la vie et de la mort***

**Rapport du Comité sénatorial spécial sur  
l'euthanasie et l'aide au suicide**

**Juin 1995**

Publié sous les auspices du  
Sénat du Canada  
Juin 1995

**This document is available in English.**



## Table des matières

Membres du Comité . . . . .	iv
Ordres de renvoi . . . . .	v
Remerciements . . . . .	vii
Recommandations . . . . .	ix
Introduction . . . . .	1
Chapitre I Vue d'ensemble . . . . .	3
Chapitre II Terminologie . . . . .	11
Chapitre III Les soins palliatifs . . . . .	17
Chapitre IV Les pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation . . . . .	27
Chapitre V L'abstention et l'interruption de traitement de survie . . . . .	39
Chapitre VI Les directives préalables . . . . .	49
Chapitre VII L'aide au suicide . . . . .	53
Chapitre VIII L'euthanasie . . . . .	77
Conclusion . . . . .	93

### Annexes

Annexe A Témoins entendus aux audiences publiques . . . . .	A-1
Annexe B Mémoires présentés . . . . .	A-13
Annexe C Documentation fournie au Comité . . . . .	A-19
Annexe D Chronologie des faits marquants survenus au Canada . . . . .	A-27
Annexe E Mesures législatives déjà présentées au Parlement . . . . .	A-33
Annexe F Articles pertinents du <i>Code criminel</i> et du <i>Code civil du Québec</i> . . . . .	A-35
Annexe G Modifications législatives : quelques propositions . . . . .	A-43
Annexe H Modalités suggérées . . . . .	A-49
Annexe I Lignes directrices de la Colombie-Britannique . . . . .	A-60
Annexe J Dispositions législatives concernant les directives préalables au Canada . . . . .	A-65
Annexe K Sources de modèles de directives . . . . .	A-67
Annexe L Résumés de quelques décisions de tribunaux canadiens . . . . .	A-69
Annexe M Les soins palliatifs au Canada . . . . .	A-85
Annexe N Rapports récents d'autorités étrangères . . . . .	A-113
Annexe O Décisions médicales concernant la mort aux Pays-Bas . . . . .	A-117
Annexe P L'aide au suicide et l'euthanasie dans d'autres pays . . . . .	A-153

## Membres du Comité

---

L'honorable Joan B. Neiman, c.r., *présidente*

L'honorable Thérèse Lavoie-Roux, *vice-présidente*

Les honorables sénateurs :

Gérald-A. Beaudoin, c.r.

Sharon Carstairs

Eymard G. Corbin

Mabel M. DeWare

Wilbert J. Keon

\*Joyce Fairbairn (ou Alasdair B. Graham)

\*John Lynch-Staunton (ou Eric A. Berntson)

*Dont la nomination a été approuvée en vertu d'une motion du Sénat :*

*Les honorables sénateurs :*

*Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Neiman, Perrault,*

*\*Fairbairn (ou Molgat), \*Lynch Staunton (ou Berntson),*

*Autres sénateurs ayant participé aux travaux du Comité :*

*Les honorables sénateurs :*

*Cochrane, Cools, Desmarais, Grafstein, Haidasz, Johnson, Kinsella, Lucier,*

*Marchand, Molgat, Nolin, Rossiter, Stratton, Watt*

*\* Membres d'office*



## Ordres de renvoi

---

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du 23 février 1994 :

“L’honorable sénateur Joan Neiman propose, appuyée par l’honorable sénateur Lavoie-Roux:

QU’un comité spécial du Sénat soit formé pour examiner, afin d’en faire rapport, les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l’euthanasie et au suicide assisté;

QUE, nonobstant l’article 86(1)b) du Règlement, les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault composent ce comité spécial et que le quorum soit constitué de trois membres;

QUE le comité ait le pouvoir de faire comparaître des personnes et produire des documents, d’entendre des témoins, de faire rapport de temps à autre et de faire imprimer au jour le jour documents et témoignages, selon les instructions du comité; et

QUE le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 15 décembre 1994.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.”

Gordon L. Barnhart  
*Greffier du Sénat*

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du 29 novembre 1994 :

“... la date de présentation de son rapport soit reportée du 15 décembre 1994 au 15 mars 1995, au plus tard, et que le Comité conserve tous les pouvoirs nécessaires pour faire connaître les conclusions du Comité formulées dans son rapport final, jusqu’au 30 mars 1995.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.”

Paul C. Bélisle  
*Greffier du Sénat*

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du 1<sup>er</sup> mars 1995 :

“ QUE, par dérogation à l’ordre adopté par le Sénat le mardi 29 novembre 1994, le Comité sénatorial spécial sur l’euthanasie et le suicide assisté, autorisé à examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l’euthanasie et au suicide assisté, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 10 mai 1995, et que le Comité conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion des résultats de son étude contenus dans son rapport final, et ce jusqu’au 24 mai 1995.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.”

Paul C. Bélisle  
*Greffier du Sénat*

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du 6 avril 1995 :

“QUE le nom du Comité spécial sur l’euthanasie et le suicide assisté soit modifié en français et soit désormais ‘Comité spécial sur l’euthanasie et l’aide au suicide’.

La motion, mise aux voix, est adoptée.”

Paul C. Bélisle  
*Greffier du Sénat*

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du 4 mai 1995 :

“QUE, par dérogation à l’ordre adopté par le Sénat le mercredi 1<sup>er</sup> mars 1995, le Comité spécial sénatorial sur l’euthanasie et l’aide au suicide, autorisé à examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l’euthanasie et au suicide assisté, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 31 mai 1995, et que le Comité conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion des résultats de son étude contenus dans son rapport final, et ce jusqu’au 14 juin 1995.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.”

Paul C. Bélisle  
*Greffier du Sénat*

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du 25 mai 1995 :

“QUE, par dérogation à l’ordre adopté par le Sénat le jeudi 4 mai 1995, le Comité spécial sénatorial sur l’euthanasie et l’aide au suicide, autorisé à examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l’euthanasie et au suicide assisté, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 7 juin 1995, et que le Comité conserve les pouvoirs nécessaires à la diffusion des résultats de son étude contenus dans son rapport final, et ce jusqu’au 21 juin 1995.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.”

Paul C. Bélisle  
*Greffier du Sénat*



## Remerciements

---

L'étude effectuée par le Comité sénatorial spécial n'aurait pas été possible sans la participation d'un grand nombre de personnes. Tout d'abord, les membres dévoués de notre petit comité, qui pour la plupart en font partie depuis sa mise sur pied en février 1994, ont travaillé sans relâche. D'autres collègues sont venus écouter les témoins, parfois nous offrir avis et conseils et, à l'occasion, remplacer temporairement l'un de nous. Tous les membres ont accompli les tâches très exigeantes de ce comité en sus de leurs autres responsabilités au Sénat et à d'autres comités.

Le Comité a travaillé dans une atmosphère absolument dénuée de partisanerie. Chaque membre avait au départ ses propres opinions sur les questions juridiques, sociales, morales et autres que nous avons abordées, mais le groupe est néanmoins parvenu à s'entendre sur un bon nombre de points importants. Il importe de signaler que là où nous avons convenu qu'un accord n'était pas possible, nous avons décidé d'exposer et d'expliquer très clairement ces divergences, en espérant que, de cette façon, les lecteurs seraient à même de mieux cerner les différents arguments présentés.

Tous nos collègues du Sénat, et en particulier ses dirigeants, méritent notre reconnaissance non seulement pour nous avoir confié ce mandat, mais aussi pour avoir fourni l'appui et les ressources nécessaires à notre étude.

Ce rapport doit beaucoup aux particuliers et aux organisations qui ont comparu devant le Comité, souvent malgré un court préavis, pour nous faire profiter de leur expérience et de leurs connaissances.

Le Comité a reçu des milliers de lettres et même des mémoires détaillés de personnes préoccupées par le sujet ainsi que de professionnels intéressés à divers aspects de notre étude. Toutes leurs observations et recommandations ont été prises en considération.

Les membres du personnel, Gary Levy, le greffier du Comité, Michel Patrice et Cathy Piccinin, n'ont pas compté leurs heures et nous ont assuré un excellent service.

Le Comité a également eu la chance de bénéficier des services de Jocelyn Downie; grâce à son bagage juridique et à son expérience des soins de santé, Jocelyn nous a conseillés sur les meilleures sources d'information et sur la façon

de colliger les renseignements pour que le public puisse en tirer parti. Elle a préparé la première ébauche du rapport, laquelle a été révisée et étoffée par Mollie Dunsmuir, notre conseillère juridique du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement. Le Comité tient à remercier de façon spéciale Deborah Palumbo, mon adjointe juridique, qui a rédigé et révisé la version finale du rapport. Elle a été appuyée dans cette tâche par les adjoints des autres membres du Comité, Jacqui Drope, Pierre Thibault, René Leduc et John Terry, qui ont proposé des modifications ou des ajouts pertinents au texte. Courtney Tower a prêté son concours en ce qui concerne la réécriture et les médias.

Le Comité tient à remercier tout particulièrement Jacques Dubé, responsable de la traduction et de la production du rapport en français.

Au cours des audiences, sept bulletins ont été diffusés à tous les témoins, aux médias, y compris les hebdomadaires et les stations de radio, et à tous ceux qui ont manifesté de l'intérêt envers notre étude. Marie-Claude LaRose en a assumé la préparation.

Le Comité a travaillé de longues heures pendant de nombreuses fins de semaines et souvent tard en soirée, et il a dû faire appel aux services d'un grand nombre de sténographes du hansard, d'interprètes, de traducteurs, de messagers, de techniciens et d'employés de soutien grâce auxquels son travail s'est déroulé sans heurts. Nous leur en savons gré.

Pour mieux comprendre la situation qui règne aux Pays-Bas en matière d'euthanasie et d'aide au suicide, le Comité a tenu une vidéoconférence d'une journée avec un certain nombre de témoins de là-bas. Nous exprimons notre gratitude à tous ceux qui ont participé à ce qui s'est avéré une première expérience très réussie pour le Sénat.

Le processus a été long et méticuleux. En tant que présidente du Comité, je tiens à témoigner ma reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à le mener à bien.

Merci !

Joan B. Neiman, c.r.



### Chapitre III — Les soins palliatifs

#### Le Comité recommande :

- que les gouvernements accordent une grande priorité aux programmes de soins palliatifs dans la restructuration du système de santé;
- qu'on poursuive l'élaboration et la mise en oeuvre de lignes directrices et de normes nationales;
- qu'on améliore la formation des professionnels de la santé dans tous les aspects des soins palliatifs;
- qu'on adopte une approche intégrée des soins palliatifs. Il faut coordonner les services fournis afin de les rendre le plus efficaces possible, qu'ils soient dispensés à domicile, dans des centres autonomes ou en établissement, avec l'aide de bénévoles. Les services de répit doivent en constituer un élément essentiel;
- qu'on intensifie la recherche dans le domaine des soins palliatifs, notamment en ce qui concerne le soulagement de la douleur et des symptômes.

### Chapitre IV — Les pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation

#### Le Comité recommande :

- que le *Code criminel* soit modifié afin de clarifier la situation concernant l'administration d'un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie;
- que la division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé élabore, en collaboration avec les provinces, les territoires et les associations nationales de professionnels de la santé, des lignes directrices et des normes sur l'administration de traitements visant à atténuer la souffrance mais susceptibles d'abrégé la vie;
- que la formation de tous les professionnels de la santé en matière de traitement de la douleur soit élargie et améliorée;
- que la division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé élabore, en collaboration avec les provinces, les territoires et les associations nationales de professionnels de la santé, des lignes directrices et des normes sur la pratique de la sédation complète des patients;
- que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, réalise une étude pour déterminer avec quelle fréquence et dans quelles conditions se pratique la sédation complète.

## Chapitre V — L'Abstention et l'interruption de traitement de survie

### Le Comité recommande :

- qu'on modifie le *Code criminel* et qu'on adopte les dispositions législatives nécessaires pour reconnaître explicitement et clarifier les circonstances dans lesquelles l'abstention et l'interruption de traitement de survie sont légalement acceptables. On devrait prendre en considération les critères énoncés dans le présent chapitre, à la rubrique «Délibérations du Comité»;
- que la division de Santé Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé, en consultation avec les provinces, les territoires et les associations professionnelles intéressées, établisse des lignes directrices régissant l'abstention et l'interruption de traitement de survie;
- que les lignes directrices professionnelles soient modifiées en fonction de ces recommandations, du nouveau texte du *Code criminel* et des lignes directrices nationales;
- que le ministère fédéral de la Santé, en collaboration avec les provinces et les territoires, parraine une campagne nationale pour informer le public de ses droits relativement au refus d'un traitement de survie;
- qu'on effectue une étude en vue de déterminer la fréquence des abstentions et interruptions de traitement ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées par suite de l'application des lignes directrices et dispositions législatives proposées.

## Chapitre VI — Les directives préalables

### Le Comité recommande :

- que les provinces et les territoires qui ne l'ont pas encore fait adoptent des mesures législatives concernant les directives préalables;
- que les provinces et les territoires conviennent d'un protocole en vertu duquel les directives préalables établies dans une province ou un territoire seraient reconnues dans les autres.

## Chapitre VII — L'aide au suicide

- Le Comité recommande qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 241a) du *Code criminel*, qui interdit de conseiller le suicide.
- Une majorité de membres recommande que l'alinéa 241b) du *Code criminel* demeure également inchangé.
- Une majorité recommande qu'on cherche à déterminer combien de personnes demandent l'aide au suicide, pourquoi, et s'il existe des solutions de rechange qu'elles pourraient trouver acceptables.
- Une minorité recommande l'ajout d'une exception à l'alinéa 241b) du *Code criminel*, afin de protéger la personne qui en aide une autre à se suicider dans la mesure où elle respecte des mesures de sauvegarde clairement définies. Ces mesures devraient comprendre, à tout le moins,



les éléments énumérés dans le présent chapitre, à la rubrique «Délérations du Comité». En outre, afin de prévenir les abus, les mesures de sauvegarde doivent prévoir l'examen du cas avant et après l'acte en question.

## Chapitre VIII — L'euthanasie

### Euthanasie non volontaire

#### Le Comité recommande :

- que l'euthanasie non volontaire demeure une infraction criminelle;
- qu'on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère dans les cas où intervient l'élément essentiel de compassion ou de pitié. Le Parlement devrait envisager les options suivantes :
  - on pourrait créer une troisième catégorie de meurtre qui entraînerait une peine moins sévère que la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité; ou
  - on pourrait créer une infraction distincte d'homicide par compassion qui entraînerait une peine moins sévère.

Les éléments essentiels de compassion ou de pitié doivent être clairement et strictement définis afin de limiter les cas admissibles à une peine moins sévère.

Le Parlement devrait fixer la peine appropriée.

### Euthanasie volontaire

- Une majorité des membres du Comité recommande que l'euthanasie volontaire demeure une infraction criminelle. On devrait toutefois modifier le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère, semblable à celle prévue pour les cas d'euthanasie non volontaire où intervient l'élément essentiel de compassion ou de pitié.
- Une minorité recommande qu'on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes lucides qui sont physiquement incapables de se prévaloir d'une aide au suicide. Cette modification serait assujettie à des mesures de sauvegarde semblables ou identiques aux mesures minimales énoncées dans le chapitre sur l'aide au suicide.
- Une minorité recommande en outre que, si l'euthanasie volontaire demeure une infraction criminelle, on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère, semblable à celle prévue pour l'euthanasie non volontaire.
- Le Comité recommande qu'on cherche à déterminer combien de personnes demandent l'euthanasie, pourquoi, et s'il existe des solutions de rechange qu'elles pourraient trouver acceptables.

### Euthanasie involontaire

- Le Comité recommande que l'euthanasie involontaire continue d'être interdite en vertu des dispositions actuelles du *Code criminel* relatives au meurtre.





## Introduction

---

Depuis toujours, l'être humain s'interroge sur la mort. Bien qu'on accepte généralement le caractère inévitable de la mort, la peur de l'inconnu demeure omniprésente dans les échanges de vues sur la question. Diverses sociétés, en puisant dans leurs traditions religieuses ou culturelles, ont tâché d'apaiser ces craintes afin de rendre moins difficiles les derniers moments de la vie. Toutefois, l'avènement de la technologie médicale moderne et l'usage plus répandu de mesures artificielles de soutien de la vie font qu'aujourd'hui, beaucoup de gens ne craignent plus tant la mort elle-même que le passage de la vie à la mort.

Ces dernières années, des événements largement médiatisés ont incité de nombreux Canadiens à réfléchir aux décisions de fin de vie, en les sensibilisant à l'importance de mieux préparer cette dernière étape.

Une série de jugements des tribunaux canadiens a établi le droit des personnes à prendre certaines décisions concernant leur propre traitement médical. La jurisprudence a consolidé le droit de l'individu à refuser un traitement ou à demander son interruption, notamment la décision rendue en 1992 dans l'affaire *Nancy B.* Dans cette cause, la Cour supérieure du Québec a accordé à une femme saine d'esprit qui souffrait d'une maladie neurologique incurable la privant de tout mouvement, le syndrome de Guillain-Barré, la permission de faire débrancher son respirateur au moment de son choix. Cet arrêt a incité les législatures provinciales qui ne l'avaient pas fait à envisager et à adopter des mesures législatives concernant les directives préalables, les testaments de vie et la prise de décisions au nom d'autrui.

Plus récemment, l'attention s'est portée sur l'aide au suicide et l'euthanasie. En 1993, dans l'arrêt *Sue Rodriguez*, la Cour suprême du Canada a examiné la question de savoir si l'interdiction de l'aide au suicide prévue dans le *Code criminel* allait à l'encontre de la *Charte canadienne des droits et libertés*. La majorité des juges (cinq contre quatre) s'est prononcée en faveur du maintien de l'interdiction, mais le débat public continue.

Dans des sondages effectués ces dernières années, il ressort constamment que les gens veulent de plus en plus contrôler les derniers moments de leur vie; toutefois, il n'est pas toujours évident que les personnes interrogées comprenaient bien la nature exacte des questions abordées.

En 1993, l'Association médicale canadienne, constatant qu'elle avait un rôle à jouer dans le débat, a publié une série de cinq documents qui avaient un double objectif : «informer les médecins canadiens au sujet des aspects déontologiques, juridiques et sociaux de l'euthanasie et de l'aide au suicide» et «présenter le point de vue des médecins à cet égard aux patients, à d'autres professionnels de la santé, aux décideurs publics et aux universitaires». <sup>1</sup> Bien qu'ils semblent divisés en ce qui concerne l'aide au suicide et l'euthanasie, les membres de l'Association continuent d'étudier la question.

C'est dans ce contexte qu'un comité sénatorial spécial, constitué le 23 février 1994, a entrepris d'«examiner, pour en faire rapport, les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et à l'aide au suicide». Le Comité a entendu des témoins de toutes les régions du Canada pendant 14 mois, en plus de recevoir des centaines de lettres et de mémoires, ce qui laisse supposer que les points de vue exprimés constituent un échantillon représentatif. Cela n'a toutefois pas facilité la tâche de dégager un consensus. Même si les membres du Comité ont réussi à s'entendre sur de nombreux aspects de la pratique médicale et des soins de santé, leurs avis sont partagés sur les questions plus délicates de l'aide au suicide et de l'euthanasie.

L'étude effectuée pourra servir à tous les parlementaires qui seront appelés à débattre de la question sans partisanerie et à participer à un vote libre au Parlement. Le Comité espère en outre aider le public à mieux comprendre ce sujet très complexe, son objectif ayant été simplement de préparer le terrain en vue du vaste débat national qui se tiendra au cours des mois et des années à venir.

Ce rapport est une étape préliminaire du long processus auquel participeront les Canadiens désireux de trouver des solutions aux problèmes qu'il soulève. La façon dont nous réagirons à ces problèmes, en tant que collectivité, aura une profonde influence sur la vie et la mort de tous les Canadiens et marquera l'ensemble de notre société pendant de nombreuses années.

Le Comité soumet respectueusement le présent rapport au Sénat.

---

<sup>1</sup> Association médicale canadienne, *Les médecins canadiens et l'euthanasie* par Frederick H. Lowy, Douglas M. Sawyer et John R. Williams (Ottawa : Association médicale canadienne, 1993).



# Chapitre I

## Vue d'ensemble

---

**I**l est impossible de circonscrire le débat sur la phase terminale de la vie à une discussion sur l'aide au suicide et l'euthanasie. En entamant l'étude de ces deux sujets, le Comité a immédiatement constaté qu'il ne pouvait se borner à examiner l'opportunité de légaliser les actes en question.

### Portée du rapport

Le Comité s'est rendu compte qu'il devait se familiariser d'une part avec nombreuses pratiques touchant les soins de santé dispensés aujourd'hui dans l'ensemble du Canada par les médecins praticiens, les infirmières, les établissements médicaux et les services communautaires, d'autre part avec le rôle et l'influence qu'exercent les gouvernements dans la prestation de tels services. Toute discussion sur l'euthanasie et l'aide au suicide devait également tenir compte d'un large éventail de décisions de fin de vie prises chaque jour par les patients ou en leur nom.

L'opinion de chacun au sujet de l'aide au suicide et de l'euthanasie pourra ou non être influencée par ces autres considérations de fin de vie, mais il importe de les approfondir afin de laisser à ceux qui prendront le relais du débat une idée juste de cette situation fort complexe. Entre autres, on doit se pencher sur la disponibilité et la qualité des soins palliatifs, le traitement de la douleur et la sédation ainsi que les directives préalables.

Le rapport devait également prendre en compte la partage des compétences. En effet, certaines des questions abordées ici relèvent du droit criminel, alors que d'autres touchent surtout au domaine de la santé. Le paragraphe 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867* confère au Parlement du Canada la compétence exclusive en matière de procédure et de droit criminels, mais le paragraphe 92(14) fait de l'administration de la justice une responsabilité des législatures provinciales. Cela signifie qu'il appartient au Parlement du Canada de définir ce qui constitue une infraction criminelle, mais aux provinces d'assurer l'application du droit criminel. Les décisions de faire enquête, de porter des accusations et d'engager des poursuites relèvent de la politique des provinces. Les procureurs de la Couronne des provinces possèdent donc un pouvoir discrétionnaire à cet égard.

Par ailleurs, la santé relève principalement des provinces en tant que matière d'une nature locale ou privée, en vertu du paragraphe 92(16) de la *Loi Constitutionnelle de 1867*.

En outre, les paragraphes 92(7) et 92(13) confèrent aux provinces la responsabilité des hôpitaux et de la réglementation de la profession médicale.

Lorsqu'il a abordé certaines questions relevant principalement du fédéral en vertu de la *Constitution*, le Comité a parfois dû, pour formuler des recommandations et des propositions utiles, considérer aussi des éléments du ressort des provinces.

Par ailleurs, le Comité n'a pu approfondir son étude relativement à certaines questions. Le traitement des personnes dans un état végétatif persistant et des nouveau-nés gravement handicapés, entre autres, soulève des problèmes uniques et des questions délicates qui méritent un examen plus poussé. Seuls quelques témoins ont mentionné à l'occasion ce genre de cas; le Comité a donc jugé qu'ils devaient faire l'objet d'une analyse plus approfondie avant qu'on tente de résoudre les problèmes extrêmement complexes qu'ils soulèvent.

### Contexte

Certains témoins ont expliqué pourquoi, selon eux, les questions entourant la mort et le mourir n'ont acquis que récemment une telle importance sur la place publique. Le Comité a jugé utile de présenter quelques-unes de ces raisons pour situer le contexte de son examen.

#### a) *La Charte canadienne des droits et libertés*

La *Charte canadienne des droits et libertés*, entrée en vigueur le 17 avril 1982, a considérablement modifié le paysage juridique du pays. Elle garantit des libertés fondamentales (presse, religion, expression et association), la liberté de circulation et d'établissement ainsi que des droits démocratiques, juridiques et linguistiques et les droits à l'égalité. La Cour suprême du Canada a rendu plus de 250 décisions liées à la *Charte*. Si une loi est contestée et qu'un tribunal juge qu'elle porte atteinte aux droits et libertés protégés par la Constitution, ce tribunal invalidera la loi en question. La *Charte* offre donc aux Canadiens un mécanisme leur permettant de mettre en cause l'action gouvernementale.

Les droits et libertés n'ont pas un caractère absolu; ils peuvent être restreints, selon l'article 1 de la *Charte*, mais uniquement par une règle de droit dans des limites raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. Les décisions de la Cour suprême indiquent qu'elle a maintenu un équilibre entre les droits et les limites qui peuvent leur être imposées.

La *Charte* protège également des valeurs sociétales comme la liberté, l'égalité, la sécurité de la personne, la vie, l'autonomie personnelle et le bien commun. Elle a eu une profonde influence sur la façon dont les Canadiens perçoivent ces droits et valeurs.

La *Charte* a grandement contribué à promouvoir les droits individuels. De fait, elle protège le droit de chacun de prendre ses propres décisions et de maintenir ses convictions personnelles, peu importe à quel point elles s'écartent de celles des autres. Certains ont tenté de démontrer que ces droits et libertés inscrits dans la *Constitution* englobent le droit



de prendre certaines décisions concernant le passage de vie à trépas. À titre d'exemple, Sue Rodriguez a invoqué la *Charte* lorsqu'elle a contesté les dispositions du *Code criminel* sur l'aide au suicide.

### b) *Les progrès technologiques*

Avec les progrès de la technologie moderne et les traitements médicaux de pointe, l'être humain est maintenant en mesure de retarder l'heure de la mort. Bien qu'ils aient permis d'aider beaucoup de gens, ces changements soulèvent parallèlement de nouvelles questions auxquelles il n'est pas facile de répondre. Par exemple, on doit maintenant décider s'il faut réanimer un patient cancéreux en phase terminale victime d'un arrêt cardiaque, ou s'il faut lui administrer des antibiotiques en cas de pneumonie. En outre, les décisions relèvent à la fois des patients, de leur famille et des médecins. Maintenant qu'on dispose de tant de moyens, le problème éthique consiste souvent à déterminer le choix qu'on *doit* faire.

À cet égard, M<sup>me</sup> Marian Chapman, présidente du Conseil d'Ottawa-Carleton sur le vieillissement et professeur de médecine familiale à la retraite, explique :

L'évolution de la technique médicale pour le maintien de la vie et la possibilité d'y recourir pour soigner les malades a fait naître un nouveau contexte devant servir à évaluer le passage de vie à trépas.

*Chapman, 32:54<sup>2</sup>*

Le P<sup>r</sup> Edward Keyserlingk, qui enseigne la médecine et le droit bioéthique à l'Université McGill, expose le problème dans les termes suivants :

C'est la technologie qui nous a placés dans cette situation. Autrefois, les gens mouraient tout simplement. Maintenant, nous avons beaucoup de difficulté à les laisser mourir. Ce n'est pas une question de mauvaise volonté; c'est simplement dû au fait que les gens font mieux leur travail. Il est possible de maintenir une personne en vie bien au-delà du point où la plupart des gens le jugeraient raisonnable.

*Keyserlingk, 1:47*

### c) *Les attitudes face à la mort*

Certains médecins semblent considérer la mort comme une bataille qu'il leur faut gagner à tout prix. Le D<sup>r</sup> Elizabeth Latimer, directrice de l'unité des soins palliatifs à l'hôpital général de Hamilton, indique comment, à son avis, le corps médical perçoit à l'heure actuelle le passage de la vie à la mort :

2 Témoignage à la page 54 du fascicule 32 des *Délibérations du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide*. Le lecteur trouvera des renseignements complets sur les témoins à l'Annexe A.

À l'heure actuelle, le corps médical considère la mort comme une ennemie. Au cours de ce siècle, nous nous sommes donnés pour mission de vaincre la mort. De plus, les médecins sont généralement des gens d'action. Nous ressentons un sentiment d'échec lorsque nous n'arrivons pas à guérir quelqu'un. Ce sentiment d'échec nous amène à nous distancer du mourant d'une façon qui n'est ni utile ni bénéfique pour ce dernier.

*Latimer, 4:8*

M. Brian Mishara, professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal et président-fondateur de Suicide-Action Montréal, partage ce point de vue :

Certains médecins croient que leur but est de supprimer la maladie et y voient une défaite personnelle lorsqu'un patient meurt.

*Mishara, 2:36*

Cette attitude de la part de certains membres du corps médical a suscité chez beaucoup de gens la crainte du processus de mort. Des témoins ont indiqué qu'ils ne veulent pas qu'on prolonge leur vie inutilement à l'aide de moyens artificiels et agressifs lorsqu'ils seront en phase terminale. Ils demandent qu'on les laisse mourir en paix.

Pratiquement aucun témoin n'a dit vouloir qu'on prolonge inutilement sa vie. De fait, la plupart considèrent que dans bien des cas, certaines interventions médicales n'ont plus leur raison d'être. Par exemple, le D<sup>r</sup> James McGregor, de l'Association des soins palliatifs de l'Ontario, explique :

En tenant compte attentivement du contexte clinique et en planifiant de façon cohérente les objectifs et les souhaits du patient, les soins palliatifs peuvent comprendre la non-administration et l'interruption des traitements visant à prolonger la vie. Il peut arriver que le traitement soit trop dur pour le patient par rapport à l'avantage qu'il en retire. Dans ce cas, l'absence ou l'arrêt d'un traitement inutile améliore la qualité de vie et soulage la souffrance.

*McGregor, 4:54*

Selon le D<sup>r</sup> Balfour Mount, directeur-fondateur de l'unité des soins palliatifs à l'hôpital Royal Victoria et professeur de médecine palliative à l'Université McGill :

Le fait d'omettre et d'interrompre les traitements visant à prolonger la vie suivant les vœux du patient fait partie intégrante des soins palliatifs.

*Mount, 5:30*

### *d) L'endroit où l'on meurt*

Autrefois, la plupart des gens mouraient chez eux, dans un cadre familial et rassurant, entourés de leurs proches, sans qu'on s'acharne à les garder en vie. Aujourd'hui, on meurt de plus en plus à l'hôpital, dans un cadre froid, entouré d'étrangers et d'appareils médicaux plutôt que de ses proches. Le D<sup>r</sup> Robert Elgie, directeur du Health Law Institute de l'Université Dalhousie, fait observer ce qui suit :



Depuis le début du siècle, les lieux où les gens meurent ont aussi changé radicalement. Il y a 60 ans, la plupart des gens mouraient à la maison. On estime maintenant que près de 75 p. 100 de tous les décès surviennent dans les hôpitaux ou dans des établissements de soins de longue durée.

*Elgie, 20:56*

Le D<sup>r</sup> Latimer présente une observation similaire :

Au Canada, comme dans tout autre pays semblable au nôtre, la mort naturelle a été soustraite aux regards et cachée dans les hôpitaux et les institutions. En conséquence, beaucoup de jeunes qui grandissent n'ont jamais vu quelqu'un mourir et ignorent à quoi cela ressemble. Cela peut aggraver certaines peurs.

*Latimer, 4:14*

M<sup>me</sup> Angèle St-Germain, une infirmière de Montréal, offre le témoignage suivant :

À peine environ 20 p. 100 des gens meurent à domicile. On a institutionnalisé la mort avec tout ce que cela comporte... Ils [les membres des familles] n'ont pas l'information nécessaire pour être en mesure d'être proches des leurs.

*St-Germain, 9:24*

Le travail accompli dans le cadre des soins palliatifs constitue dans une certaine mesure une réponse au problème de l'institutionnalisation de la mort, souvent évoqué, car on met davantage l'accent sur les relations humaines et on cherche à faire en sorte que les patients ne soient pas isolés de la collectivité. C'est pourquoi de nombreux hôpitaux ont mis sur pied des services chargés de ces soins. De plus, grâce au développement des soins palliatifs, il semble que de plus en plus les gens aient l'option de mourir chez eux.

#### *e) Les attitudes à l'égard des médecins et des droits des patients*

En ce qui a trait à la relation médecin-patient, des témoins ont souligné qu'à une certaine époque, on tenait pour acquis que le médecin savait agir au mieux des intérêts du patient. Par conséquent, ce dernier demandait rarement plus d'informations que celles déjà fournies par le médecin. De plus, il était extrêmement rare qu'un patient refuse une intervention médicale et, dans la plupart des cas, la question ne se posait même pas. M<sup>me</sup> Anne Mullens, qui a reçu en 1994 la bourse Atkinson pour étudier l'euthanasie et l'aide au suicide, fait observer :

Cette expression «le meilleur intérêt du patient» est inquiétante et il y a lieu de se méfier. En 1960, dans un sondage aux États-Unis, 80 p. 100 des médecins estimaient qu'il n'était pas dans le meilleur intérêt du patient de lui dire qu'il était atteint de cancer [...] Le danger réside dans le paternalisme, dans le fait de dire aux gens que nous savons ce qui est le mieux pour eux, que cela leur plaise ou non. Le risque réside dans le fait de ne pas donner le pouvoir aux malades, ou du moins de ne pas partager la responsabilité avec eux.

*Mullens, 30:8*

Depuis, on s'est nettement éloigné de cette vision paternaliste des soins de santé en Amérique du Nord. Les patients font plus souvent valoir leur droit de décider eux-mêmes et exigent d'avoir pleinement voix au chapitre en ce qui a trait aux soins qui leur seront dispensés, remettant en question certaines attitudes conventionnelles de la profession

médicale. Le D<sup>r</sup> Paul Landry, de l'Association des hôpitaux du Québec, exprime le point de vue suivant :

On mentionne également l'importance d'une nouvelle approche dans les relations entre les thérapeutes et les patients où le paternalisme qu'on connaissait autrefois est maintenant révolu; les relations entre les patients et les personnes traitantes sont maintenant beaucoup plus consensuelles.

*Landry, 19:33*

Par ailleurs, les professionnels de la santé reconnaissent de plus en plus l'importance du choix individuel et de la responsabilité personnelle en matière de soins de santé. Le mouvement pour la défense des droits civiques et de l'égalité raciale et sexuelle, dans les années 1960, n'est sans doute pas étranger au fait que la question des droits et libertés se trouve aujourd'hui au coeur du débat sur la mort et le processus de la mort. Bien des gens parlent maintenant du «droit» de refuser un traitement ou du «droit» de mourir. Le D<sup>r</sup> Elgie donne l'explication suivante :

Plusieurs raisons expliquent cet intérêt accru ou tout au moins cette sensibilisation accrue à ces questions. Les patients reconnaissent de plus en plus leur autonomie et leur droit de prendre eux-mêmes les décisions sur ce qui doit ou ne doit pas être fait avec leur corps. Les années 1970 ont renforcé cette prise de conscience avec l'acceptation légale d'une nouvelle philosophie sur le consentement éclairé. Par conséquent, les patients deviennent des consommateurs plus avertis.

*Elgie, 20:55*

### *f) L'évolution démographique*

De nombreux témoins signalent que l'augmentation de l'âge moyen au Canada exerce et continuera vraisemblablement d'exercer de fortes pressions sur le système de santé. Le P<sup>r</sup> Barney Sneiderman, qui enseigne le droit et l'éthique biomédicale à l'Université du Manitoba, offre le point de vue suivant :

Je suis d'accord avec les sentiments que vous avez exprimés au sujet de la nécessité de nous doter d'un système de santé pour le vingt et unième siècle, surtout compte tenu du fait que notre population vieillit, ce qui va entraîner des pressions.

*Sneiderman, 6:72*

De son côté, le D<sup>r</sup> Landry fait observer :

Le vieillissement de la population, bien sûr, est un phénomène qui nous sollicite et nous préoccupe au plus haut point. Principalement, l'émergence ou la prédominance des maladies dégénératives, des maladies chroniques, notamment l'augmentation du taux de cancer, l'apparition du sida, que l'on mentionnait tantôt, la maladie d'Alzheimer qui posent très fréquemment des questions qui nous sollicitent au niveau de la qualité de vie.

*Landry, 19:33*

Par ailleurs, un nouveau groupe démographique — les séropositifs et les sidéens — s'est constitué. Le D<sup>r</sup> Michel Morissette, médecin clinicien et professeur à l'Université



Laval, a indiqué au Comité que de nombreux membres de ce groupe ont milité très activement pour faire valoir leur droit de contrôler leurs traitements et ont apporté au débat la dimension particulière de leurs besoins et de leurs attentes. Il offre le témoignage suivant :

Nous avons également affaire à des personnes jeunes, généralement bien renseignées et soucieuses de leur autonomie et de leur autodétermination. Ces personnes exigent d'être partie prenante des décisions qui les touchent et ceci crée une nouvelle dynamique dans la relation médecin-malade à laquelle une certaine génération de médecins n'est guère habituée.

*Morissette, 32:5*

Russel Armstrong, membre de la Société canadienne du SIDA, une coalition nationale d'organisations communautaires, fait l'observation suivante :

Comme certains d'entre vous le savent peut-être, on estime que le sida a causé 14 000 décès au Canada jusqu'à maintenant. À de nombreux égards, le sida diffère des autres maladies terminales. Au cours de l'exposé précédent, les sénateurs ont abordé la question du stigmaté rattaché à cette maladie, contrairement à d'autres maladies. Jusqu'à maintenant, le VIH/sida a touché de façon disproportionnée des groupes marginaux, en particulier des hommes homosexuels et bisexuels, bien qu'aujourd'hui il y ait des gens atteints du VIH/sida dans pratiquement toutes les collectivités canadiennes... À de nombreux égards, le sida est une maladie de l'ère moderne. En un laps de temps relativement court après son apparition, il est devenu l'une des maladies les plus débattues et étudiées de notre siècle. Un mouvement communautaire actif y est associé, mouvement qui a oeuvré pour mieux faire connaître la maladie, offrir des soins et un soutien, défendre les intérêts des personnes atteintes et veiller à ce que les droits et la dignité des sidéens soient respectés.

*Armstrong, 12:39-40*

Les décisions rendues par les tribunaux, les nouvelles techniques médicales, l'évolution des attitudes, le débat au sein d'organisations professionnelles, l'invocation de la *Charte* et le développement des soins palliatifs sont autant de facteurs qui ont contribué à élargir la portée de la présente étude au-delà de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Le Comité s'est rendu compte qu'une définition des termes s'imposait et qu'il devait examiner de façon approfondie les soins palliatifs, le contrôle de la douleur ainsi que l'abstention et l'interruption de traitement avant de pouvoir aborder l'aide au suicide et l'euthanasie. Ces sujets sont traités dans les chapitres suivants.





## Chapitre II

### Terminologie

---

La terminologie utilisée au Canada et à l'étranger pour traiter du passage de la vie à la mort est vaste et variée. Souvent, au cours de ses audiences, le Comité a constaté que les mêmes termes faisaient l'objet de définitions différentes. Or ces différences portent rarement sur le sens littéral des termes, car en général il n'est pas contesté. Le désaccord tient essentiellement à la signification morale des mots. En fait, il est possible de jouer sur les termes, ce qui est d'ailleurs fréquent, pour faire valoir un point de vue particulier sur le plan moral ou éthique à l'égard des actes en question. À titre d'exemple, la plupart des témoins ont soutenu que l'abstention ou l'interruption de traitement de survie constituent des actes fondamentalement distincts de l'euthanasie parce que, selon eux, le fait de ne pas recourir ou de cesser de recourir à un tel traitement équivaut à laisser le patient mourir de mort naturelle, tandis qu'un acte d'euthanasie cause la mort. Par contre, d'autres témoins ont soutenu que l'abstention et l'interruption de traitement sont des formes d'euthanasie parce que, moralement, il s'agit d'interventions aussi actives qu'une injection létale.

Le D<sup>r</sup> Paul V. Adams, de Manitoba Physicians for Life, une organisation de plus de deux cents médecins, décrit ce que beaucoup considèrent comme la différence morale ou éthique fondamentale entre d'une part l'abstention et l'interruption de traitement et, d'autre part, l'euthanasie :

Il y a une différence cruciale entre causer la mort d'une personne, ce qui est l'euthanasie, aider quelqu'un à mourir, ce qui correspond à l'aide au suicide, et permettre à la mort naturelle de survenir, ce que j'appelle retrait ou interruption de traitement. Souvent, une certaine confusion entoure la troisième catégorie, c'est-à-dire le fait d'attendre que la mort naturelle survienne lorsque celle-ci est inévitable et qu'il n'y a aucune raison clinique ou morale d'intervenir. Ce n'est pas de l'euthanasie. Ce geste est acceptable du point de vue moral et de l'éthique et il devrait continuer de l'être au regard de la loi.

*Manitoba Physicians for Life, 18:40*

Le D<sup>r</sup> McGregor partage ce point de vue :

Même si l'on considère que l'absence ou l'arrêt de traitement constitue une forme d'«euthanasie passive», en fait, il s'agit simplement de mesures non interventionnistes qui permettent à la maladie d'évoluer naturellement. Ces mesures ne sont pas considérées comme étant de l'euthanasie ou de l'aide au suicide.

*McGregor, 4:54*

Pour sa part, le D<sup>r</sup> Keyserlingk donne l'explication suivante :

D'un point de vue juridique, une telle omission dans ces circonstances [ne plus prolonger artificiellement la vie lorsque le traitement est refusé par un malade jouissant de toutes ses facultés ou encore lorsque ce même traitement est devenu inutile pour un malade n'ayant plus ses facultés] est tout simplement de la bonne médecine.

*Keyserlingk, 1:28*

Selon M. Arthur Schafer, un spécialiste en éthique du Centre for Professional and Applied Ethics à l'Université du Manitoba :

Le fait de ne pas administrer ou d'interrompre les soins médicaux qui maintiennent le patient en vie, ou de débrancher la machine, était considéré comme un acte d'euthanasie passive. Cependant, en relisant les témoignages [...] de bien d'autres de mes collègues, vous constaterez qu'aucun d'eux ne désigne encore ces pratiques largement répandues par l'expression «euthanasie». En fait, des dizaines de milliers de Canadiens meurent chaque année de ce que l'on aurait appelé l'«euthanasie passive» et de ce que les groupes religieux et les citoyens auraient considéré comme un phénomène alarmant, dangereux et négatif il y a encore 12 ou 15 ans.

*Schafer, 18:122*

Un autre exemple concerne la distinction morale ou l'absence d'une telle distinction entre l'euthanasie et l'aide au suicide. Certains témoins disent que, du point de vue moral, l'aide au suicide est identique à l'euthanasie, comme le D<sup>r</sup> Margaret Somerville, directrice du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill :

Lorsqu'on définit l'euthanasie, on doit aussi se demander si le suicide secondé par un médecin est différent de l'euthanasie. Selon moi, il n'en est rien.

*Somerville, 6:7*



Le D<sup>r</sup> Keyserlingk est du même avis :

Y a-t-il une différence significative sur le plan moral et juridique entre l'aide au suicide d'un malade qui est encore capable de prendre le verre et d'en boire le contenu et le cas du malade qui n'est plus capable de le faire physiquement mais qui veut qu'on mette un terme à sa vie en lui faisant absorber une dose mortelle de drogue? Y a-t-il vraiment une différence sur le plan moral et juridique? J'ai tendance à penser que ce sera difficile à faire valoir car, dans les deux cas, c'est le vœu du malade. Dans les deux cas, on peut invoquer le droit à l'autodétermination et celui des gens à choisir le moment et la manière dont ils mettront fin à leur vie. La méthode est légèrement différente, mais dans les deux cas c'est le vœu du malade, et dans les deux cas nous pouvons être très étroitement associés à l'acte.

*Keyserlingk, 1:55-56*

Le D<sup>r</sup> Douglas Kinsella, professeur et directeur du Bureau de bioéthique de la Faculté de médecine de l'Université de Calgary, et le D<sup>r</sup> Marja Verhoef, professeur adjoint du Département des sciences de santé communautaire de la même université, ont effectué une enquête auprès des médecins sur la question de l'euthanasie active et de l'aide au suicide. Fait intéressant, l'opinion de ces deux médecins est diamétralement opposée en ce qui concerne la comparaison des deux actes en question. Le D<sup>r</sup> Kinsella est d'accord avec les D<sup>rs</sup> Somerville et Keyserlingk et soutient que la seule différence réside dans la présence ou non du médecin au moment de la mort :

Pour le médecin, il n'existe en fait aucune différence notable, sur le plan moral, entre l'euthanasie active et l'aide au suicide. La seule différence importante, c'est qu'au moment où le suicide a lieu, le médecin est généralement absent.

*Kinsella, 16:6*

De son côté, le D<sup>r</sup> Verhoef soutient que l'aide au suicide et l'euthanasie sont deux actes entièrement distincts en ce sens que chacun détermine un rapport de force particulier. Contrairement à l'euthanasie, l'aide au suicide confère un plus grand contrôle à la personne qui désire mourir :

Avec l'euthanasie, quelqu'un met délibérément un terme à la vie d'un patient qui l'a demandé. Avec l'aide au suicide, quelqu'un fournit délibérément les moyens de se suicider à un patient qui l'a demandé. Dans le contexte canadien, on considère généralement que ce quelqu'un est le médecin. Dans le cas de l'aide au suicide, c'est le patient qui pose l'acte ultime, et la participation du médecin est indirecte. En revanche, dans le cas de l'euthanasie, le médecin fournit les moyens et commet l'acte ultime, ce qui amplifie considérablement son pouvoir envers le patient. L'équilibre du pouvoir entre le médecin et le patient est mieux assuré dans le cas de l'aide au suicide.

*Verhoef, 18:79*

Comme on peut le constater d'après les extraits qui précèdent, en raison des divergences d'opinions concernant la portée morale et éthique de diverses formes de comportement, il n'existe tout simplement pas de consensus sur les termes à employer et sur la façon de les définir. C'est pourquoi, par souci de cohérence et afin d'éviter tout malentendu, le Comité indique ci-dessous les termes utilisés tout au long du rapport et le sens qu'il leur

donne. En les définissant, le Comité a retenu un sens littéral qui semble incontesté et largement accepté. Après avoir classé dans des catégories les principales activités entourant le passage de la vie à la mort, le Comité a constaté que divers qualificatifs pouvaient s'appliquer à certaines de ces activités. Il a par conséquent défini ces qualificatifs.

### Qualificatifs

Certaines des activités décrites ci-dessous peuvent être volontaires, involontaires ou non volontaires, et il peut s'agir de personnes capables ou incapables. Le Comité a donc défini les qualificatifs suivants :

- *capable*;
- *incapable*;
- *involontaire*;
- *non volontaire*;
- *volontaire*.

«**Capable**» : Qui est apte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ainsi qu'à communiquer cette décision.

«**Incapable**» : Qui est inapte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ou à communiquer cette décision.

«**Involontaire**» : Effectué à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalable valide.

«**Non volontaire**» : Effectué sans que soient connus les vœux d'une personne capable ou d'une personne incapable.

«**Volontaire**» : Effectué conformément aux vœux d'une personne capable ou selon une directive préalable valide.

### Activités

Aux fins du présent rapport et, du moins l'espère-t-il, du débat qui suivra, le Comité a défini les activités suivantes :

- *soins palliatifs*;
- *sédation complète*;
- *traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie*;
- *abstention de traitement de survie*;
- *interruption de traitement de survie*;
- *aide au suicide*;



- *euthanasie.*

«**Soins palliatifs**» : Soins destinés à soulager la souffrance — physique, émotionnelle, psychosociale ou spirituelle — plutôt qu'à guérir. Ils ont pour objet le confort de la personne qui souffre.

«**Sédation complète**» : Le fait de rendre une personne totalement inconsciente en lui administrant des médicaments non susceptibles d'abrégier sa vie.

«**Traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégier la vie**» : Le fait d'administrer des médicaments en quantité suffisante pour contrôler la souffrance, même au risque de hâter la mort.

«**Abstention de traitement de survie**» : Le fait de ne pas amorcer un traitement susceptible de maintenir le patient en vie.

«**Interruption de traitement de survie**» : Le fait de cesser un traitement susceptible de maintenir le patient en vie.

«**Aide au suicide**» : Le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux.

«**Euthanasie**» : Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances.

## Termes divers

Enfin, les divers termes suivants employés dans le rapport font l'objet d'une définition : directive préalable, fondé de pouvoir, jugement substitutif, jugement dans l'intérêt véritable de la personne, traitement inutile, et consentement libre et éclairé.

«**Directive préalable**» (en vertu du *Code civil du Québec*, il s'agit d'un mandat, qu'on appelle aussi communément testament de vie ou testament biologique) : Document établi par une personne capable concernant les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Les directives préalables sont de deux ordres : les instructions et la procuration (ou procuration permanente pour soins de santé). Dans les **instructions**, la personne précise, pour le cas où elle deviendrait incapable, *les décisions à prendre en matière de soins ou la façon de les prendre*. Dans la **procuration**, la personne *charge quelqu'un des décisions à prendre en matière de soins* dans l'éventualité où elle deviendrait incapable. Une directive préalable valide est un document établi conformément aux textes de loi pertinents. Dans le présent rapport, lorsqu'on utilise l'expression «directive préalable» et à moins d'indication contraire, il s'agit d'une directive valide.

«**Fondé de pouvoir**» : Personne habilitée par un tribunal, une loi ou un document, par exemple une procuration, à prendre des décisions touchant le traitement d'une personne incapable.

«**Jugement substitutif**» : Jugement exprimé par un fondé de pouvoir au nom d'une personne incapable et qui correspond, d'après le fondé de pouvoir, à ce que la personne incapable aurait souhaité si elle avait été capable.

«**Jugement dans l'intérêt véritable de la personne**» : Jugement exprimé par un fondé de pouvoir au nom d'une personne incapable et qui correspond, d'après le fondé de pouvoir, à l'intérêt véritable de la personne incapable.

«**Traitement inutile**» : Traitement qui, de l'avis de l'équipe soignante, sera entièrement inefficace, et non un traitement pouvant être efficace, mais dont les résultats sont considérés comme indésirables.

«**Consentement libre et éclairé**» : Accord volontaire d'une personne qui possède une capacité mentale suffisante, selon l'avis d'un médecin compétent, pour faire un choix rationnel quant aux options de traitement. Il suppose que la personne sait ce qu'il adviendra si le traitement est administré ou omis et qu'elle connaît les solutions de rechange possibles. Le consentement ne doit pas être vicié par la coercition, la contrainte ou une erreur.



## Chapitre III

### Les soins palliatifs

---

Lorsque le Comité a entrepris ses audiences, il s'attendait à consacrer le plus clair de son temps aux problèmes éthiques, sociaux, juridiques et médicaux liés à l'euthanasie et à l'aide au suicide. Cependant, il a eu tôt fait de constater l'importance d'un élément inattendu dans le débat : les solutions de rechange à l'aide au suicide et à l'euthanasie. Le Comité s'est fait dire par certains témoins que les gens ont besoin d'être mieux soutenus durant le passage de vie à trépas, qu'ils ont besoin d'aide pour affronter les circonstances de la mort et que les soins palliatifs peuvent répondre à bon nombre de ces besoins. Comme l'explique le D<sup>r</sup> Neil Macdonald, de l'Institut de recherches cliniques de Montréal :

Dans une société morale, nous ne pouvons pas songer à mettre fin aux jours de l'un de nos concitoyens si ce dernier souffre parce qu'il n'a pas accès à de bons soins palliatifs. Peu importe ce qu'on pense de l'euthanasie, il faut convenir que le principe de base doit être de prodiguer des soins impeccables aux mourants.

*Macdonald, 22:26*

Le Comité a entendu de nombreux témoignages concernant tant les avantages des soins palliatifs que les limites et contraintes des services actuellement offerts au Canada. C'est pourquoi il a produit un document d'information décrivant l'historique et l'état de ces soins dans tout le pays, document qu'on trouvera en annexe du présent rapport.

Le principe des soins palliatifs n'est pas nouveau, mais c'est à Dame Cicely Saunders qu'on doit d'avoir fondé en 1967, en Grande-Bretagne, le mouvement des soins palliatifs moderne. En 25 ans, les services de soins palliatifs se sont énormément développés au Canada, depuis les origines dans les années 1970 jusqu'à l'institution d'un réseau à l'échelle du pays dans les années 1990. Une organisation nationale, l'Association canadienne des soins palliatifs, a été fondée en 1991.

La plupart des Canadiens de la précédente génération se faisaient soigner par leur médecin de famille, lequel connaissait intimement la famille et le milieu social de son patient. Puis, à mesure que les soins médicaux se sont spécialisés et institutionnalisés, on en est venu à attacher plus d'importance à la maladie et moins au malade. Les soins palliatifs sont le reflet, en partie, d'un mouvement où l'on privilégie de nouveau les soins axés sur le patient. Comme l'explique le D<sup>r</sup> James Gordon, neurologue du Québec :

D'habitude, je dispense des soins palliatifs à mes patients en même temps que je leur donne des traitements actifs, énergiques et thérapeutiques. De cette façon, les gens finiront par comprendre qu'ils obtiendront des soins palliatifs de leurs médecins. Cela veut dire faire preuve de bienveillance et d'honnêteté, et traiter les gens en êtres humains. Cela ne veut pas dire un protocole précis face à un problème particulier, encore que cela pourrait faire partie de la formation.

Gordon, 27:21-22

On entend par soins palliatifs les *soins destinés à soulager la souffrance — physique, émotionnelle, psychosociale ou spirituelle — plutôt qu'à guérir. Ils ont pour objet le confort de la personne qui souffre.* Le D<sup>r</sup> Latimer décrit comme suit les objectifs des soins palliatifs :

Les soins palliatifs ont pour but d'assurer d'excellents soins physiques au patient de même que d'excellents services de counselling au patient et à sa famille. Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille.

Latimer, 4:6

Pluridisciplinaires, les soins palliatifs sont centrés sur la personne plutôt que sur la maladie. Le D<sup>r</sup> McGregor les décrit ainsi :

L'équipe pluridisciplinaire comprend des bénévoles — ils ne sont pas des professionnels de la santé — qui se tiennent au chevet des patients, leur offrent un soutien moral et spirituel ainsi que certains soins de base. En outre, la famille fait partie du processus et nous lui enseignons à s'occuper du patient. [...] Les professionnels ne sont pas les seuls à pouvoir dispenser des soins palliatifs. [...] Les soins palliatifs ne sont pas la chasse gardée d'une profession particulière.

McGregor, 4:65

Le D<sup>r</sup> Mount souligne que les bienfaits des soins palliatifs sont reconnus partout dans le monde :

L'Organisation mondiale de la santé indique que les soins palliatifs valorisent la vie, la mort étant considérée comme un processus normal; qu'ils ne hâtent ni ne retardent la mort et qu'ils visent à atténuer la douleur et la souffrance. Ils intègrent les aspects psychologiques et spirituels du patient.

Mount, 5:30

Au Canada, les soins palliatifs sont habituellement dispensés par une équipe spécialisée dans un établissement de soins de courte durée ou de soins prolongés, dans un centre autonome de soins palliatifs ou à la maison. Ces services peuvent être financés de différentes manières : budget général de l'établissement de soins, programme de soins à domicile, rémunération à l'acte par le régime provincial d'assurance-maladie, postes salariés et dons privés.

### Opinions des témoins

Tous les témoins qui ont abordé la question souscrivent aux soins palliatifs. Les intervenants dans le domaine, qu'il s'agisse de professionnels de la santé ou de bénévoles,



croient que les soins palliatifs améliorent la qualité des services de santé ainsi que les soins dispensés aux mourants. Le Comité a entendu des témoignages à propos de situations où les soins palliatifs avaient amélioré de façon extraordinaire les derniers jours et les derniers mois de patients en phase terminale. Les D<sup>rs</sup> McGregor et Latimer partagent leur expérience à ce sujet :

J'ai vécu personnellement cette expérience en exerçant la médecine palliative. Le malade en phase terminale parvient à donner un sens au désespoir le plus profond grâce à cette exploration conjointe du sens de la vie et à l'affirmation de sa valeur personnelle.

*McGregor, 4:54*

Les soins palliatifs fournissent aux familles l'occasion d'améliorer leurs relations et de pardonner. Au lieu d'attendre la mort, on vit dans une optique active et positive.

*Latimer, 4:6*

Le Comité s'est fait dire constamment que les soins palliatifs ne sont accessibles qu'à un petit pourcentage de mourants et que leur répartition au Canada est inégale. Le D<sup>r</sup> Latimer, par exemple, signale que tous les Canadiens n'ont pas accès à des soins palliatifs organisés.<sup>3</sup>

Le D<sup>r</sup> McGregor exprime le même point de vue :

Il incombe à la société, par l'entremise du gouvernement, des planificateurs des soins de santé, des organismes professionnels et des professionnels de la santé, d'offrir les ressources nécessaires pour assurer un système de soutien intensif à l'intention des mourants et de leur famille. À cette fin, il faut développer le secteur des soins palliatifs de façon à garantir que les compétences voulues sont facilement disponibles et accessibles à tous. [...] Il est malheureux que des Canadiens continuent de mourir dans la souffrance parce qu'ils n'ont pas accès à ces compétences.

*McGregor, 4:53*

Les soins palliatifs ayant été traditionnellement dispensés aux patients cancéreux, les personnes atteintes d'autres maladies, par exemple de sclérose latérale amyotrophique (SLA), de sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer ou d'affections rénales, respiratoires ou cardiaques en phase terminale, ont éprouvé de la difficulté à s'en prévaloir.

De nombreux témoins ont dit au Comité que le financement des soins palliatifs laisse à désirer sur tous les plans : installations, programmes et personnel. Comme les services ne font souvent l'objet d'aucune coordination dans les provinces et territoires, il est difficile d'évaluer les besoins financiers et d'y répondre. En outre, les restrictions

---

3 Latimer 4:12

appliquées aux honoraires des médecins limitent les possibilités d'accès à ces soins. Le D<sup>r</sup> Mount décrit la situation :

Dans la plupart des provinces, il n'existe pas de mécanisme de financement fiable et reconnu. [...] Un de mes collègues, jeune médecin de famille titulaire d'une maîtrise en épidémiologie, un homme brillant animé d'une véritable passion pour les soins palliatifs, venait de s'établir à Halifax. Fort déçu d'apprendre qu'il ne se dirigeait pas vers cette discipline, je lui ai demandé pourquoi. «Parce que j'ai une famille à nourrir», m'a-t-il répondu. Dans la plupart des provinces, il n'y a pas de financement sûr — le Québec, à cet égard, est une exception — destiné aux médecins qui prodiguent des soins palliatifs.

*Mount, 5:31*

Un autre obstacle de taille est le nombre restreint de professionnels de la santé qui reçoivent actuellement une formation en soins palliatifs au Canada. Par exemple, il n'existe pas de programme officiel de spécialisation dans cette discipline :

La médecine palliative doit être reconnue comme spécialité au Canada avant qu'un programme de formation officiel ne soit créé. Quarante médecins participent à notre programme chaque année d'une façon ou d'une autre. Cela semble formidable. Par «participer», je veux dire qu'ils peuvent être là pour une semaine ou jusqu'à un an. À l'heure actuelle, il existe deux programmes de bourse d'études, un à Ottawa et l'autre à Edmonton.

*Mount, 5:38*

En outre, les futurs professionnels de la santé reçoivent très peu de formation en soins palliatifs pendant leur instruction de base. Le D<sup>r</sup> Macdonald a présenté au Comité les résultats d'un sondage sur les cours en soins palliatifs dans les écoles de médecine canadiennes, sondage effectué en 1994 par le Canadian Palliative Care Education Group, un comité relevant de la Canadian Society of Palliative Care Physicians :

J'aimerais signaler au comité sénatorial les résultats de notre sondage de 1994, parce qu'ils touchent directement à vos discussions. Les réponses de nos 16 écoles de médecine sont indiquées. Nous avons d'abord demandé s'il existait un cours de soins palliatifs à la faculté. Toutes les écoles ont répondu non.

*Macdonald, 22:24*

Le D<sup>r</sup> Macdonald signale aussi que seulement quatre des seize écoles de médecine ont intensifié l'enseignement officiel des soins palliatifs au cours des deux dernières années. Il conclut comme suit :

Comme en témoignent les opinions des collègues désignés par leurs doyens comme responsables de l'enseignement de la médecine palliative dans leur faculté, l'état actuel de l'enseignement relatif à la douleur et aux soins palliatifs est loin d'être satisfaisant.

*Macdonald, 22:26*



Le D<sup>r</sup> Harvey Chochinov, psychiatre de la Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation, mentionne aussi le manque de formation dans le domaine :

Les hôpitaux n'ont pas à prouver leur compétence en soins palliatifs ou en maîtrise de la douleur pour fonctionner; les écoles de médecine n'ont pas besoin de fournir plus qu'une formation minimale dans ce domaine pour obtenir une accréditation; et les médecins n'ont pas à se montrer compétents dans ce domaine pour obtenir le droit d'exercer ici au Canada. L'agonie et la mort sont la phase la moins étudiée du cycle de la vie humaine et c'est elle qui reçoit le moins de soutien des organismes de financement de la recherche médicale.

*Chochinov, 17:12*

Le D<sup>r</sup> Macdonald explique pourquoi, à son avis, l'enseignement au titre des soins palliatifs est crucial en médecine :

Les soins palliatifs ne sont pas un sujet isolé; ils présentent plutôt aux étudiants du baccalauréat une méthode globale de soins aux patients qui sera certainement utile dans des domaines techniques comme l'utilisation des analgésiques, mais, chose plus importante encore, qui devrait influencer leur vision globale des soins médicaux.

*Macdonald, 22:28*

De nombreux témoins soulignent que pour mieux répondre aux besoins des mourants, il faut accentuer la recherche sur les méthodes de contrôle de la douleur. De l'avis du D<sup>r</sup> Latimer :

Nous faisons, en soins palliatifs, une très bonne utilisation des analgésiques opioïdes, des stupéfiants qui calment la douleur, mais nous avons atteint la limite de ce qu'il est possible de faire avec ces substances. Il y a deux ou trois syndromes de douleur qui sont particulièrement difficiles à traiter, les douleurs au niveau des nerfs et des os et les douleurs de nature surtout psychologique.

Le Canada n'a pas vraiment consacré beaucoup d'argent à la recherche sur le soulagement de la douleur physique ou de la souffrance. Si nous voulions vraiment nous y mettre, c'est dans ces deux créneaux de recherche qu'il faudrait investir.

*Latimer, 4:16*

Dans un autre ordre d'idées, certains des témoins soulignent que les personnes qui sont face à la mort ne veulent pas toutes des soins palliatifs. Les soins palliatifs sont bénéfiques pour la grande majorité des gens mais, selon ces témoins, ils ne constituent pas toujours la solution aux problèmes que vivent ces personnes. M. Arn Schilder, de l'organisme British Columbia Persons with AIDS, décrit l'inefficacité des soins palliatifs dans son cas personnel :

Je ne vois pas beaucoup de dignité lorsque le patient est anesthésié jusqu'au point où il n'est plus *compos mentis* dans un service de soins palliatifs. J'aimerais mieux regarder mon créateur en face et prendre une décision. [...] Les soins palliatifs peuvent ne pas répondre à mes besoins, parce que la gestion de la douleur peut ne pas être possible. Je représente l'un de ces cas inhabituels [...] En raison de ma situation personnelle, les médicaments qui pourraient traiter des infections opportunistes ne me seront pas offerts. J'aimerais personnellement pouvoir choisir. Il serait très bien d'avoir la possibilité de mourir dans une unité de soins palliatifs. [...] Cependant, je ne tiens pas nécessairement à aller dans un établissement de soins palliatifs. Je veux mourir chez moi. Je veux choisir le bon moment. Je ne veux pas perdre mes capacités mentales. C'est ce qui se produit dans un milieu de soins palliatifs, parce que vous êtes fortement anesthésié.

*Schilder, 16:25-26*

En outre, d'après certains témoins, la souffrance n'est pas toujours physique. Le D<sup>r</sup> Scott Wallace, de la Colombie-Britannique, fait observer au Comité que :

L'agonie peut comporter certaines des sensations les plus pénibles et les plus éprouvantes que peut connaître l'être humain. [...] Ces symptômes débilitants et démoralisants s'accompagnent d'une perte de dignité, d'amour-propre et d'intimité qui découle du fait qu'on dépend entièrement des autres pour ses besoins physiques et mentaux, 24 heures par jour.

*Wallace, 15:86*

Plusieurs témoins soulignent que les sidéens constituent un groupe spécial et que les programmes de soins palliatifs, pour les aider, doivent être taillés sur mesure. Le D<sup>r</sup> Morissette, clinicien travaillant auprès de 85 patients sidéens ou séropositifs, dit ceci :

Le sida est une maladie stigmatisante qui engendre l'ostracisme et ouvre la porte à la discrimination et au non-respect des droits de l'individu, quand ce n'est pas des droits des collectivités. [...]

Nous avons également affaire à des personnes jeunes, généralement bien renseignées et soucieuses de leur autonomie et de leur autodétermination. Ces personnes exigent d'être partie prenante des décisions qui les touchent [...]

Il faut également évoquer la difficulté du mourir chez ces personnes, tant sur le plan physique [...] que sur le plan psychosocial et spirituel (l'isolement, l'abandon des proches, la culpabilité, la peur de souffrir et de mourir, de la mort et de l'après [...]).

La charge symbolique du sida, entre autres en raison des questions touchant la sexualité et la marginalité sociale, est ce qui vient donner une couleur particulière à cette maladie.

*Morissette, 32:5-6*



Soeur Agathe Côté décrit comment la Maison Marc Simon, un foyer pour sidéens et personnes séropositives à Québec, répond aux besoins spéciaux de ces patients :

La Maison Marc Simon n'est pas un mouroir mais un milieu de vie, où les personnes qui vivent avec le VIH-sida sont acceptées telles qu'elles sont dans le respect de leurs différences. L'accent est mis davantage sur la qualité de la vie que sur le nombre de jours qui restent à vivre.

*Côté, 32:11*

Bien que la reconnaissance des soins palliatifs en tant que service essentiel soit un phénomène récent, les professionnels de la santé et les familles ont toujours officieusement donné des soins palliatifs à leurs patients et à leurs proches. Les infirmières et infirmiers, par exemple, ont de tout temps dispensé des soins et du réconfort alors même qu'il n'y avait plus aucune possibilité de guérison. Voici le point de vue de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Quoi qu'il en soit, les infirmières et infirmiers appuient les soins palliatifs. C'est une question qui leur tient énormément à coeur car, lorsqu'il n'y a plus de remède à offrir, il y a encore des soins infirmiers à donner, et ces soins doivent être les meilleurs. L'Association considère les soins palliatifs comme un service de santé essentiel.

*Association des infirmières et infirmiers du Canada, 19:6*

Des témoins font observer que, dans de nombreuses régions du Canada, on privilégie de plus en plus les soins à domicile par rapport aux soins en établissement. Le D<sup>r</sup> Ferguson, du Nouveau-Brunswick Extra-Mural Hospital, signale au Comité ce qui suit :

Dans bien des provinces, les soins à domicile se sont développés plus ou moins dans le cadre d'un projet ou d'un programme. Chez nous, ils font partie du système. Nous aimons croire que nous avons une approche différente et nous cherchons à faire en sorte qu'ils soient utilisés plus efficacement. Voilà notre objectif, en tous cas.

*Ferguson, 20:53*

Il décrit les nombreux avantages des soins palliatifs à domicile :

Mourir à la maison peut leur permettre de vivre leurs derniers jours dans le calme, l'intimité et la dignité, entourés de leur famille. Cela peut rendre la mort plus supportable pour le patient et consoler davantage les proches. Lorsqu'il y a un cadre familial stable et bienveillant, le réconfort émotif et physique est souvent plus grand à la maison, dans l'entourage de la famille, des amis et des animaux domestiques. Un sondage effectué auprès des parents de patients décédés démontre que les patients et les survivants étaient très satisfaits des soins fournis.

*Ferguson, 20:49*

Enfin, certains témoins indiquent que les soins palliatifs ne sont pas toujours possibles et ne conviennent d'ailleurs pas à tous; en outre, ils imposent parfois un fardeau excessif aux personnes qui s'occupent des patients. Selon M<sup>me</sup> Eleanor Ross, présidente de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada :

Lorsque nous disons être en faveur des soins palliatifs à domicile, nous ne prôtons pas d'en imposer le fardeau à la famille. C'est pourquoi, lorsqu'il est question de l'équipe de soins palliatifs, nous parlons du besoin d'appuyer la famille. Celle-ci a besoin non seulement d'un appui quotidien, mais aussi de pauses et de services de relève. Il faut prévoir ces pauses. Lorsque nous nous occupons d'un malade chronique à long terme, il faut mettre sur pied un programme pour faire en sorte que quelqu'un se rende à domicile pour relever la famille, pour que celle-ci puisse, par exemple, partir en vacances pour une semaine ou deux, ou encore pour hospitaliser le client afin que la famille puisse se reposer.

Ross, 19:13

### Délibérations du Comité

Le Comité tient à féliciter les professionnels de la santé et les nombreux bénévoles qui oeuvrent dans le domaine des soins palliatifs au Canada. Les programmes élaborés jusqu'à maintenant pour soigner les mourants ont eu un effet bénéfique pour de nombreux Canadiens.

Le Comité s'inquiète cependant du fait que, dans ce domaine, l'offre reste inférieure à la demande. Il estime que tous devraient avoir accès à des soins palliatifs dispensés avec compétence et efficacité. Les soins palliatifs devraient être intégrés aux autres services de santé et, idéalement, ils devraient être sensiblement les mêmes d'une région à l'autre. Le Comité exhorte tous les ordres de gouvernement, ainsi que les planificateurs, fournisseurs de soins et éducateurs dans le domaine de la santé, à donner la priorité à la mise sur pied d'un système complet de soins palliatifs au Canada.

Le Comité croit à la nécessité d'adopter des lignes directrices ou normes nationales en matière de soins palliatifs. L'administration des services de santé relève des provinces, mais le gouvernement fédéral a certes un rôle à jouer. Les soins palliatifs nécessitent une action fédérale-provinciale-territoriale dynamique. Le Comité encourage la coopération entre les divers ordres de gouvernement et les professionnels de la santé. La division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé pourrait, par exemple, en collaboration avec les ministres de la Santé des provinces et les spécialistes de tout le pays, encourager l'élaboration de lignes directrices et de normes nationales en matière de soins palliatifs. Santé et Bien-être social Canada n'en est pas à sa première expérience dans le domaine, ayant publié en 1989 une brochure intitulée *Services de soins palliatifs - Guide*. On a cependant fait observer au Comité que ces lignes directrices avaient besoin d'être mises à jour.

Le Comité exhorte les gouvernements à étudier la meilleure façon de financer les fournisseurs de soins palliatifs afin d'attirer dans ce domaine un plus grand nombre de jeunes professionnels. Il faudrait également chercher à accroître la participation des bénévoles à ce chapitre.

Le Comité est d'avis que le système de prestation de soins de santé devrait être aménagé de telle sorte que tous les patients atteints de maladies chroniques ou dégénératives,



comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la sclérose en plaques, le sida et la maladie d'Alzheimer, aient eux aussi accès aux soins palliatifs.

À mesure que le système de soins palliatifs prendra de l'ampleur, il faudra accroître la formation donnée aux professionnels de la santé ainsi que les ressources des établissements d'enseignement des sciences de la santé à ce chapitre. Les professionnels de la santé devraient avoir accès à une formation continue, selon les paramètres définis par leurs corporations professionnelles.

Pour sensibiliser le public aux soins palliatifs et l'amener à appuyer le développement des services, le Comité encourage le ministre fédéral de la Santé, en collaboration avec les provinces et les territoires, à parrainer un programme national d'information. Les membres estiment qu'il est important que la population canadienne sache en quoi consistent les soins palliatifs, à quoi ils servent et où ils sont offerts.

Le Comité est en faveur des soins à domicile et des services communautaires, tout en reconnaissant que les soins à domicile peuvent ne pas convenir à tous. En effet, ils peuvent constituer un fardeau très lourd ne laissant aucun répit à la personne qui les dispense. C'est pourquoi il faudrait les assortir de bons programmes de soins supplétifs. Les membres savent que, traditionnellement, la responsabilité des soins est surtout dévolue aux femmes. Ils pensent que les services de répit peuvent contribuer à éviter que les personnes soignantes ne soient défavorisées sur le plan de l'emploi.

### Recommandations

**Le Comité recommande que les gouvernements accordent une grande priorité aux programmes de soins palliatifs dans la restructuration du système de santé.**

**Le Comité recommande qu'on poursuive l'élaboration et la mise en oeuvre de lignes directrices et de normes nationales.**

**Le Comité recommande qu'on améliore la formation des professionnels de la santé dans tous les aspects des soins palliatifs.**

**Le Comité recommande qu'on adopte une approche intégrée des soins palliatifs. Il faut coordonner les services fournis afin de les rendre le plus efficaces possible, qu'ils soient dispensés à domicile, dans des centres autonomes ou en établissement, avec l'aide de bénévoles. Les soins de répit doivent en constituer un élément essentiel.**

**Le Comité recommande qu'on intensifie la recherche dans le domaine des soins palliatifs, notamment en ce qui concerne le soulagement de la douleur et des symptômes.**





## Chapitre IV

### Le traitement de la douleur et la sédation

---

Lorsque les gens pensent à leur mort, ce n'est peut-être pas l'affaiblissement et la maladie qui leur font le plus peur, mais plutôt la souffrance qui risque d'accompagner le passage de vie à trépas. L'administration de soins palliatifs complets pourrait calmer la plupart des craintes des patients à l'agonie en mettant à leur disposition les meilleures méthodes de traitement de la douleur; cela aurait également pour effet d'écarter une bonne partie de leurs souffrances.

Comme le traitement de la douleur et la sédation des patients se pratiquent dans d'autres domaines de la médecine, le Comité a décidé qu'il convenait de les examiner séparément.

De nombreux témoins ont indiqué à maintes reprises que les mesures prises pour atténuer la douleur laissent à désirer et qu'il arrive souvent qu'on n'administre pas suffisamment de médicaments au patient pour apaiser ses souffrances. Plusieurs témoins estiment que c'est à cause d'un manque de formation du personnel médical dans ce domaine. D'autres pensent que certains membres du corps médical craignent d'engager leur responsabilité si, en administrant des médicaments pour calmer la douleur, ils accélèrent la mort.

Enfin, certains expliquent que parfois, c'est par crainte de créer une accoutumance qu'on ne donne pas suffisamment de médicaments au patient pour calmer sa douleur :

Ce qu'il faut, [...] c'est un changement d'attitude de la part des dirigeants médicaux et administratifs, appuyé par une opinion publique qui exprime clairement aux enseignants que l'intégration des principes de la médecine palliative dans la formation des futurs médecins est une attente prioritaire de la collectivité.

*Macdonald, 22:29*

Par ailleurs, des témoins signalent que même si on peut apaiser la douleur physique dans la plupart des cas avec les moyens appropriés, il y aura toujours un petit pourcentage de gens qu'on ne pourra soulager complètement, et ce malgré les meilleurs traitements :

Les «pires scénarios possibles» sont toujours nombreux. Autrement dit, même si les soins palliatifs sont les meilleurs possibles, même si le traitement de la maladie et de la douleur est le meilleur possible, il existe des cas où nos pires cauchemars et craintes se concrétisent.

*Mishara, 2:36*

Nous avons des patients dont nous ne pouvons pas soulager la douleur. Ils sont peu nombreux. Ce sont des douleurs qui résistent aux analgésiques et qui posent un problème énorme.

*Latimer, 4:16*

Les hôpitaux et les membres du corps médical recourent à deux types distincts de pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation :

- *le traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie;*
- *la sédation complète.*

### **Traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie**

Le Comité a défini cette activité comme étant *l'administration de médicaments en quantité suffisante pour contrôler la souffrance, même au risque de hâter la mort*. Cette éventualité est fonction de la quantité administrée. Dans certains cas, le soulagement de la souffrance peut nécessiter des doses beaucoup plus fortes que dans d'autres, selon le médicament, la maladie et le degré de tolérance des patients. L'apaisement de douleurs cancéreuses grâce à des doses susceptibles de hâter la mort constitue un exemple de cette pratique.

### **État du droit**

Selon le ministre de la Justice et Procureur général du Canada, l'honorable Allan Rock, les règles juridiques actuelles concernant ce genre de traitement sont relativement claires. Voici ce qu'il a déclaré au Comité :

*Le Code criminel* n'impose pas de traitement inutile ni ne contraint le malade lucide à accepter un traitement qu'il ne désire pas. De même, il n'interdit pas les soins palliatifs nécessaires qui sont prodigués conformément à l'exercice généralement accepté de la médecine, que ces soins entraînent ou non la mort du malade.

*Rock, 31:17*

Les représentants de l'Association du Barreau canadien ont abordé précisément l'aspect juridique de la sédation utilisée en phase terminale et considérée comme une technique médicale pour calmer la douleur :<sup>4</sup>



On peut soutenir que le *Code criminel* ne s'applique pas à la sédation terminale; il n'y a pas intention de donner la mort, et les dispositions concernant l'homicide ne s'appliquent donc pas; de même, il n'y a pas mépris inconsidéré pour la vie, et les chefs de négligence criminelle ne semblent pas non plus s'appliquer. Cette pratique ne saurait donc donner lieu à des poursuites.

La politique du coroner de l'Ontario reflète cette conception. Les soins palliatifs entraînant la mort ne sont pas considérés comme criminels dans la mesure où quatre conditions sont respectées : 1) les soins doivent avoir exclusivement pour but d'atténuer la souffrance; 2) ils doivent être administrés en réponse à des souffrances ou à des manifestations de souffrance; 3) ils doivent être proportionnels à ces souffrances; et 4) ils ne doivent pas consister à infliger délibérément la mort. Il faut tenir des documents justificatifs, et les doses doivent augmenter progressivement.

Il n'y a pas de précédent en common law dans ce domaine. Les tribunaux n'ont jamais condamné qui que ce soit pour avoir administré ce genre de traitement et, bien qu'il n'existe pas de décisions judiciaires en la matière, il a été question de l'administration d'un traitement dans le but de soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie lors de l'affaire *Rodriguez*. En l'occurrence, le véritable objet du débat était l'aide au suicide au regard de l'article 241 du *Code criminel*. Toutefois, le juge Sopinka, au nom de la majorité de la Cour suprême du Canada, a établi une distinction juridique fondée sur l'intention entre d'une part l'administration de médicaments susceptibles d'accélérer la mort et, d'autre part, l'aide au suicide. Sans trancher la question, il semble laisser entendre que si l'intention est d'atténuer la souffrance, il est légalement acceptable d'administrer un traitement même au risque d'accélérer la mort :

L'administration de médicaments destinés à contrôler la douleur selon un dosage dont le médecin sait qu'il abrégé la vie du patient est, quel que soit le critère, une contribution active à la mort du patient. Toutefois, la distinction établie ici est fondée sur l'intention — dans le cas des soins palliatifs, c'est l'intention d'atténuer la douleur qui a pour effet de précipiter la mort, alors que dans le cas de l'aide au suicide, l'intention est indubitablement de causer la mort... À mon avis, les distinctions fondées sur l'intention sont importantes, et elles constituent en fait le fondement de notre droit criminel. Même si, dans les faits, la distinction peut être parfois difficile à établir, sur le plan juridique, elle est nette.<sup>5</sup>

Bien que la légalité de cette pratique ne fasse guère de doute, le ministre de la Justice du Canada laisse entendre que le corps médical et le public en général ne semblent pas trop savoir à quoi s'en tenir :

---

5 *Rodriguez c. Colombie-Britannique* (P.G.), [1993] 3 R.C.S. 519, p. 607.

Quand est-il permis de prescrire de la morphine lorsqu'on sait qu'elle provoquera la mort dans les six heures? Ce n'est pas la maladie qui emportera la personne, mais bien le traitement pour soulager sa douleur. Actuellement, la lumière n'a pas été faite sur cet aspect de la question.

*Rock, 31:25*

Il précise que bien des gens souhaiteraient qu'on simplifie et clarifie les dispositions législatives en la matière :

On peut se demander si le *Code criminel* pourrait être plus limpide à l'égard de ces questions. La Commission de réforme du droit du Canada recommandait, dans son rapport de 1983, que ces questions soient clarifiées, et d'autres observateurs se sont dits du même avis.

*Rock, 31:17*

### Opinions des témoins

Les témoins conviennent dans l'ensemble que l'administration de traitements pour atténuer les souffrances au risque de hâter la mort est une pratique très fréquente au Canada. Voici par exemple ce que déclare le P<sup>r</sup> Schafer :

Si nous y réfléchissons, en administrant une dose adéquate d'analgésique, le médecin accélère souvent la mort du patient et ce, de façon parfaitement justifiable selon moi et selon tous mes collègues philosophes et juristes dont j'ai lu les mémoires.

*Schafer, 18:124*

Il n'y a pas unanimité parmi les témoins sur la fréquence des cas où l'administration d'un médicament accélère la mort. Selon certains, c'est assez rare, car des doses qui abrégeraient la vie de patients bien portants n'ont pas cet effet sur des cancéreux en phase terminale qui acquièrent avec le temps une tolérance aux médicaments. Voici ce que dit le D<sup>r</sup> Macdonald :

Une autre source de confusion porte sur la question de savoir si nous tuons ou non le patient avec ces médicaments. Cela a fait l'objet d'un échange de correspondance que j'ai eu avec le Comité. Par exemple, si nous augmentons la dose de substances opioïdes au point de placer le patient dans un état de stupeur, certaines personnes croient que nous risquons de le tuer en lui en donnant juste un tout petit peu plus. Mon expérience m'a cependant montré que c'est fort peu probable. Les patients acquièrent rapidement une tolérance aux effets des substances opioïdes, de la morphine et d'autres médicaments semblables sur la respiration. Si nous donnons une forte dose de tel ou tel médicament, il se peut qu'il ait un effet sédatif sur le patient, mais il est peu probable qu'il provoque sa mort. Il se peut qu'il meure de pneumonie ou d'un problème secondaire rendu plus probable par la sédation, mais la mort provoquée directement par le médicament est tout à fait inhabituelle.

*Macdonald, 22:32*



Selon d'autres témoins, ce genre de situation serait plus fréquent que ne le laisse entendre le témoignage ci-dessus car, même lorsque les patients tolèrent davantage les effets de certains types de médicaments, les doses administrées ont pour effet d'abrèger la vie. Par exemple, Russel Ogden, qui a mené des recherches sur des cas d'euthanasie et d'aide au suicide, concernant en particulier des personnes atteintes du sida ou séropositives, relate le cas d'un médecin qui a reconnu avoir fait des piqûres de morphine à son père en phase terminale. Le médecin avait déclaré qu'il savait que ces piqûres risquaient de précipiter la mort.<sup>6</sup> D'après le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, le D<sup>r</sup> Perry a simplement donné à son père des soins palliatifs de qualité, ce qui ne constitue pas une faute étant donné qu'il n'est ni illégal ni contraire à la déontologie d'administrer un traitement susceptible de précipiter accessoirement la mort.

D'après de nombreux témoins, il arrive très fréquemment que les professionnels de la santé ne donnent pas des doses suffisantes de calmants aux patients. Ils craignent notamment une accoutumance aux médicaments. Comme M<sup>me</sup> Carol Rees d'Action pour la vie, une organisation de la région d'Ottawa-Carleton, ainsi que M. Jakki Jeffs de l'Alliance pour la vie, une organisation de l'Ontario, l'ont fait valoir au Comité :

Les travailleurs de la santé refusent de donner les fortes doses de morphine nécessaires pour calmer la douleur chez les cancéreux de peur que ce médicament ne précipite la mort du patient ou ne crée une accoutumance.

*Action pour la vie, 8:11*

Je pense que la peur de l'accoutumance à la morphine, soit chez le médecin, soit chez le patient, est une autre des raisons pour lesquelles la morphine n'est pas utilisée comme elle devrait l'être. Là encore, la recherche montre que 0,04 p. 100 des patients traités à la morphine deviennent dépendants. Il faut informer la population et nos médecins pour qu'ils sachent gérer efficacement la douleur.

*Alliance pour la vie, 8:44*

Le révérend James Dickey, qui parlait de son expérience de pasteur, a fait au Comité un récit similaire. Il s'agissait du cas d'un homme de 83 ans en proie à d'atroces douleurs, mais à qui les médecins refusaient d'administrer des analgésiques de peur de créer chez lui une accoutumance.<sup>7</sup>

Plus fréquemment, on explique que certains professionnels de la santé refusent d'administrer des doses suffisantes d'analgésiques parce qu'ils croient qu'ils risquent d'abrèger la vie du patient et craignent par conséquent d'engager leur responsabilité. Voici ce que déclare à ce sujet M<sup>me</sup> Monique Coupal, conseillère à la Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée :

6 Russel Ogden, «The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying» (1994), XX:1, *Canadian Public Policy — Analyse de politiques*, p. 4.

7 Dickey, 8:61.

Il nous paraît surprenant, voire inadmissible finalement, qu'en 1995, il y ait encore certains médecins qui hésitent, pour toutes sortes de raisons, à prescrire des doses suffisantes pour calmer certaines souffrances que nous jugeons inutiles. Ceci par peur, soit d'accélérer le processus de la mort ou même, dans certains cas, par crainte de rendre un malade en fin de vie dépendant d'une médication.

*Coupal, 32:39*

M<sup>me</sup> Patricia Rodney, infirmière de Colombie-Britannique, a parlé de la réticence de certains professionnels de la santé à administrer des analgésiques pour atténuer la souffrance si cela risque d'accélérer la mort. Elle a raconté l'histoire d'une femme à l'agonie qui avait eu une attaque cérébrale et qui souffrait. Sa famille était bouleversée et réclamait que les médecins lui administrent des analgésiques et des sédatifs. Le personnel infirmier, compatissant, a demandé au médecin responsable de donner de la morphine à la patiente. D'abord réticent, le médecin a fini par demander à une des infirmières d'administrer un analgésique à la patiente, qui est morte peu de temps après. Cela n'a pas inquiété l'infirmière parce qu'elle savait que c'était inévitable. Par contre, ce qui l'a troublée, c'est que le médecin lui dise : «Eh bien, vous avez fini par tuer cette malade, n'est-ce pas?». M<sup>me</sup> Rodney s'est servie de cet exemple pour montrer que :

Le jeu de coulisses et les comportements qui entourent, par exemple, la question des analgésiques, peuvent être complexes et obsédants. [...] Dans les hôpitaux et les établissements de santé, l'organisation est telle que cela débouche sur des conflits, une communication tronquée et une mauvaise prise de décisions. Ce n'est pas la faute des médecins ni des infirmières; c'est tout le système qui est à blâmer.

*Rodney, 15:129*

Dans d'autres cas, la sous-utilisation des techniques d'apaisement de la douleur s'explique fondamentalement par le manque de formation des professionnels dans ce domaine. C'est ce qu'explique le D<sup>r</sup> Robert Pankratz, président des Médecins du Canada pour le respect de la vie :

Nous tâchons d'éduquer nos collègues. Environ 50 p. 100 des médecins avec qui j'ai des contacts quotidiens ne sont pas suffisamment au courant des techniques modernes et leurs patients en souffrent.

*Pankratz, 14:31*

Le D<sup>r</sup> Kinsella abonde en ce sens :

On remarque, au sein de la profession médicale, une attitude presque bizarre; on semble avoir de la difficulté à contrôler la douleur, les nausées, les vomissements, tous ces symptômes qui se manifestent chez certains mourants. Il s'agit là d'une lacune que présente le système d'enseignement. Il n'y a aucun doute là-dessus. Si nous voulons corriger la situation, nous devons réformer le système d'enseignement, changer l'attitude des médecins.

*Kinsella, 16:17*

Le D<sup>r</sup> Paul Henteleff, président de l'Association canadienne des soins palliatifs, signale au Comité qu'il faudrait insister davantage sur les ressources nécessaires pour garantir une formation appropriée dans ce domaine :



Il faut consacrer plus de ressources à la formation pour éviter aux médecins de devoir se faire enseigner la pratique au compte-gouttes par des infirmières qui en savent plus qu'eux. Il y a là abondamment matière à recherches, car nous sommes loin de savoir tout ce qu'on pourrait faire pour atténuer les souffrances des malades, même s'ils souffrent d'une maladie incurable et mortelle.

*Henteleff, 5:9*

La majorité des témoins sont d'avis, ce qui n'est pas étonnant, qu'on doit autoriser les traitements destinés à atténuer la souffrance même s'ils risquent de hâter la mort, et que c'est une erreur, voire de la négligence dans certains cas, de refuser de tels traitements. Voici ce que déclare le professeur Schafer :

Si un médecin ne dispense pas des soins palliatifs adéquats sous prétexte qu'ils hâteront la mort d'un patient qui souffre terriblement, prolongeant ainsi ses souffrances, pratiquement tout le monde reconnaîtra maintenant qu'il se rend coupable de négligence, d'incompétence et peut-être même de négligence criminelle.

*Schafer, 18:124*

Par ailleurs, le D<sup>r</sup> David Roy, directeur du Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, estime que si l'on refuse de soulager la souffrance d'un patient, on l'empêche souvent de passer ses derniers moments avec sa famille et ses amis :

Aucune loi ni aucune morale ne devraient limiter le pouvoir d'une équipe clinique ou d'un médecin d'administrer les doses fréquentes d'analgésiques nécessaires pour éliminer la douleur qui détruit l'esprit et empêche le patient de s'exprimer, à un moment où il ne lui reste peut-être que fort peu de temps pour communiquer avec les autres.

*Roy, 22:7*

### Délibérations du Comité

Le Comité reconnaît qu'administrer un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie est légal. Toutefois, il reconnaît également que le corps médical et le public comprennent mal les règles juridiques actuelles concernant cette pratique, et il croit qu'on devrait savoir avec certitude à quoi s'en tenir à ce sujet. Le Comité est d'avis qu'on devrait envisager la pratique en question selon les modalités suivantes :

- Si le patient est capable, le traitement ne lui est administré que s'il y donne son consentement libre et éclairé.
- Si le patient est incapable mais qu'il a rempli une directive préalable lorsqu'il était encore en possession de ses moyens, on respecte les souhaits qu'il a alors exprimés. En l'absence d'une telle directive préalable, l'équipe soignante en réfère à la personne la mieux placée pour parler au nom du patient. Cette personne se prononce à la place du patient si elle sait quelle décision il aurait prise en toute lucidité; dans

le cas contraire, c'est l'intérêt véritable du patient qui sert de critère de décision.

Le Comité admet les déclarations de nombreux témoins qui considèrent que ce type de traitement se pratique actuellement au Canada. Toutefois, il se préoccupe de l'insuffisance de preuves concernant sa fréquence. La non-disponibilité d'informations à cet égard n'est pas étonnante, et ce, pour deux raisons. Premièrement, les avis sont contradictoires sur la nature des doses qui abrègent la vie, et la question exige une étude plus poussée. Deuxièmement, certains professionnels de la santé, incertains de l'état du droit en la matière, hésitent à reconnaître qu'ils administrent de tels traitements de peur d'être poursuivis au criminel.

Le Comité s'inquiète de ce que, en raison de l'incertitude du corps médical sur l'état du droit, des professionnels de la santé laissent souffrir certains patients inutilement en s'abstenant de leur administrer les analgésiques appropriés. En outre, cette incertitude semble inciter le corps médical à maintenir le secret sur ce genre de pratique, ce qui risque de faire obstacle à la détection des abus éventuels. Le Comité recommande donc instamment qu'on précise en droit les conditions dans lesquelles on peut recourir à cette pratique et qu'on établisse des lignes directrices la régissant.

Le Comité se préoccupe en particulier du fait que certains patients ont peut-être souffert inutilement à cause du manque de formation des professionnels de la santé dans ce domaine. Le Comité estime par conséquent qu'il est essentiel d'améliorer la formation en matière de traitement de la douleur.

### **Recommandations**

**Le Comité recommande que le *Code criminel* soit modifié afin de clarifier la situation concernant l'administration d'un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie.**

**Le Comité recommande que la division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé élabore, en collaboration avec les provinces, les territoires et les associations nationales de professionnels de la santé, des lignes directrices et des normes sur l'administration de traitements visant à atténuer la souffrance mais susceptibles d'abrégé la vie.**

**Le Comité recommande que la formation de tous les professionnels de la santé en matière de traitement de la douleur soit élargie et améliorée.**



## Sédation complète

Le Comité a défini la sédation complète comme étant *le fait de rendre une personne totalement inconsciente en lui administrant des médicaments non susceptibles d'abrégier sa vie*.

Le D<sup>r</sup> Marcel Boisvert, professeur de médecine à l'Université McGill et médecin spécialiste des soins palliatifs à l'hôpital Royal Victoria, a indiqué dans quelles circonstances on peut recourir à la sédation complète dans le contexte des soins palliatifs :

Ce à quoi nous en sommes réduits à l'occasion — pas souvent — dans le domaine des soins palliatifs, lorsque dans certaines circonstances l'agonie est particulièrement horrible, c'est de recourir à la sédation, qui est le seul moyen d'alléger la souffrance des gens. Le souffle court en est le meilleur exemple. Dans le domaine des soins palliatifs, c'est très souvent le signe extrême d'une agonie difficile — le malade court après son souffle, 40, 50 fois par minute. Nous pouvons administrer des médicaments qui soulagent cet état. Très souvent, nous pouvons soulager la douleur à 100 p. 100, mais il est rare que nous puissions calmer à 100 p. 100 un malade qui n'arrive pas à trouver son souffle, à moins de recourir à une sédation poussée.

Boisvert, 6:35

Pour sa part, le D<sup>r</sup> Gordon, a parlé des circonstances dans lesquelles on peut recourir à la sédation complète en dehors du contexte de soins palliatifs :

Les cas précis de coma barbiturique dont j'ai parlé sont ceux qui seraient provoqués afin de contrôler les crises d'épilepsie... Il s'agit d'une utilisation thérapeutique des barbituriques pour les cas d'épilepsie qui ne répondent à aucun traitement. Lorsqu'un épileptique a une crise qui ne veut pas finir, c'est un traitement thérapeutique accepté. Personne ne le conteste. [...] Il s'agit d'utiliser des barbituriques pour provoquer un coma chez des personnes qui souffrent tellement et dont la douleur est si impossible à soulager que la seule façon de l'apaiser consiste à endormir littéralement le malade.

Gordon, 27:19

## État du droit

Les règles juridiques actuelles en la matière sont claires. Si l'intervention est effectuée avec le consentement du patient ou de son fondé de pouvoir, elle est légale. Si elle est contraire à la volonté clairement exprimée d'un patient capable ou de son fondé de pouvoir, elle est illégale — comme l'est, dans la plupart des cas, tout traitement médical administré sans le consentement en bonne et due forme du patient. Le professionnel de la santé qui met sous sédation complète un patient à l'encontre des souhaits qu'il a formulés en toute lucidité peut être accusé de voies de fait en vertu de l'article 265 du *Code criminel*, et être poursuivi au civil pour coups dans les juridictions de common law. Il convient de noter que, sous le régime du droit civil au Québec, les professionnels de la santé peuvent être passibles de poursuites pour une telle conduite, conformément aux articles 1457 à 1481 du *Code civil du Québec*.

## **Opinions des témoins**

Bien que plusieurs témoins y aient fait allusion, on sait peu de choses sur la fréquence de cette pratique au Canada. M. Réjean Carrier, un travailleur social qui a exercé à la fois à l'Hôtel-Dieu de Québec et à la Maison Michel Sarrazin, tient les propos suivants :

Certains milieux de soins palliatifs, après avoir tout essayé, au niveau médicaments, au niveau accompagnement des malades, ont développé la technique de sédation, c'est-à-dire de faire dormir la personne pour lui enlever l'état de conscience de sa douleur physique ou morale.

*Carrier, 3:8*

De nombreux témoins semblent penser que la pratique est légitime, comme le dit le D<sup>r</sup> Morissette lorsqu'il explique dans quelles circonstances elle peut être utilisée :

Le sommeil artificiel [...] est utilisé dans deux situations: primo, quand une personne n'est pas encore prête à mourir mais est très souffrante, secundo quand il y a un caractère d'épuisement physiologique qui fait qu'on a un mauvais contrôle médicamenteux sur la souffrance. A ce moment, la technique consiste à induire un sommeil pendant une période allant de quelques heures à quelques jours et ensuite à laisser les personnes émerger de leur sommeil.

*Morissette, 32:19*

Le D<sup>r</sup> Mount ainsi que M. Don Logan des Christian Brethren, une organisation religieuse de Winnipeg, semblent aussi penser que cette pratique est admissible :

La sédation des patients dont nous n'avons pas réussi à soulager les souffrances fait partie des soins palliatifs.

*Mount, 5:30*

La sédation est une solution pour les 5 p. 100 de patients dont la douleur ne peut être atténuée.

*Christian Brethren, 18:30*

Certains témoins font valoir que la sédation complète se rapproche beaucoup des actes d'euthanasie. M. Alister Browne, spécialiste en éthique biomédicale de la British Columbia Civil Liberties Association, affirme ceci :

À mon avis, certains soins palliatifs frôlent l'euthanasie active. Par exemple, des témoins nous ont expliqué que lorsque la détresse d'un patient est trop grande, ce dernier, après avoir rempli de nombreuses formalités d'autorisation, sera «drogué» et endormi. Il sera maintenu dans cet état d'inconscience et peut-être réveillé tous les huit jours environ. Cette mesure s'apparente à l'euthanasie active volontaire.

*Browne, 14:136*



Le D<sup>r</sup> Morissette admet que ces deux actes sont étroitement apparentés; toutefois, il considère que la sédation complète est l'approche la plus acceptable :

Certains endroits comme la Maison Michel Sarrazin utilisent déjà le sommeil artificiel. Naturellement, certains éthiciens vont vous dire que nous sommes très près de l'euthanasie lorsque nous jouons avec cela. Effectivement, oui c'est vrai. Cependant, je pense que cela pourrait peut-être être une option valable.

*Morissette, 32:15*

De nombreux témoins déplorent qu'il n'existe pas de lignes directrices professionnelles ou de normes nationales concernant ce genre de sédation, bien qu'elle soit pratiquée par des professionnels de la santé au Canada. M. Carrier déclare dans son témoignage :

Toutefois, il y a un danger dans l'utilisation de cette technique parce que l'on pourrait aussi en abuser. Par exemple, qui peut décider qu'une détresse est insupportable pour le malade et qu'on doit le faire dormir ? Si cette technique était une alternative au soulagement de la douleur et à l'euthanasie, un protocole d'évaluation serait nécessaire pour éviter que cela devienne une prescription facile.

*Carrier, 3:8*

### Délibérations du Comité

Le Comité reconnaît que la sédation complète est une pratique utilisée au Canada aussi bien pour le traitement temporaire de patients passant par une phase de souffrance aiguë que pour le traitement de patients en phase terminale. Dans le cas des patients en phase terminale éprouvant des souffrances insoutenables qu'aucun autre traitement ne permet de calmer, le Comité recommande une définition claire des conditions dans lesquelles on recourra à la sédation complète. Il recommande donc que l'on envisage la pratique en question selon les modalités suivantes :

- Si le patient est capable, ce type de sédation ne lui est administré que s'il y donne son consentement libre et éclairé.
- Si le patient est incapable mais qu'il a rempli une directive préalable valide, on respecte les souhaits qu'il a exprimés. En l'absence d'une telle directive préalable, l'équipe soignante en réfère à la personne la mieux placée pour parler au nom du patient. Cette personne se prononce à la place du patient si elle sait quelle décision il aurait prise en toute lucidité; dans le cas contraire, c'est l'intérêt véritable du patient qui sert de critère de décision.

Les membres du Comité déplorent l'absence totale de lignes directrices régissant cette pratique au Canada. Le Comité considère qu'il est impératif pour la société de veiller à la mise en place d'une réglementation adéquate pour protéger les patients contre d'éventuelles pratiques abusives en matière de sédation. À cet égard, il est fermement convaincu qu'il faudrait arrêter des lignes directrices et des normes nationales.

Le Comité estime également qu'il faudrait faire plus d'études et de recherches sur la question.

### **Recommandations**

**Le Comité recommande que la division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé élabore, en collaboration avec les provinces, les territoires et les associations nationales de professionnels de la santé, des lignes directrices et des normes sur la pratique de la sédation complète des patients.**

**Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, réalise une étude pour déterminer avec quelle fréquence et dans quelles conditions se pratique la sédation complète.**



## Chapitre V

# L'abstention et l'interruption de traitement de survie

---

L'évolution de la technologie médicale permet aujourd'hui de prolonger de beaucoup la vie des patients. Les techniques de soutien de la vie sont certes nécessaires et bien accueillies dans la plupart des cas, mais on émet parfois des réserves. Bon nombre de gens craignent une existence prolongée dans des conditions inacceptables à leurs yeux, et d'autres vont jusqu'à dire qu'une vie maintenue par des moyens artificiels ne vaut rien. Par conséquent, les médecins, les patients et les mandataires de ces derniers sont de plus en plus souvent appelés à prendre des décisions concernant l'abstention ou l'interruption de traitement de survie. Des patients qui ont refusé ce genre de traitement ont obtenu gain de cause devant nos tribunaux, bien que ces décisions n'aient pas été traduites en mesures législatives. L'incertitude continue de régner à cet égard.

Le Comité a défini l'abstention de traitement de survie comme étant *le fait de ne pas amorcer un traitement susceptible de maintenir le patient en vie*, par exemple ne pas tenter la réanimation cardiorespiratoire (RCR), ne pas donner une transfusion sanguine, ne pas administrer d'antibiotiques ou ne pas assurer l'alimentation et l'hydratation artificielles. L'interruption désigne *le fait de cesser un traitement susceptible de maintenir le patient en vie*, par exemple débrancher le respirateur ou enlever la sonde gastrique qui assure l'alimentation et l'hydratation.

L'abstention ou l'interruption de traitement de survie peut être volontaire, non volontaire ou involontaire :

- *Volontaire* : Effectuée conformément aux vœux d'une personne capable ou à une directive préalable valide. Par exemple, un médecin débranche le respirateur à la demande d'un patient lucide.
- *Non volontaire* : Exercée sans que soient connus les vœux d'une personne, qu'elle soit capable ou incapable. Par exemple, un médecin retire, à la demande de la famille, la sonde gastrique assurant l'hydratation d'un patient qui repose dans un état végétatif persistant et dont il est impossible de déterminer les vœux.

- *Involontaire* : Effectuée à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalable valide. Par exemple, la réanimation est refusée à un patient capable qui a demandé le recours à tous les traitements possibles en dépit du fait que l'équipe soignante estime l'intervention superflue.

### État du droit

Le juge Sopinka, s'exprimant au nom de la majorité de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Rodriguez*, résume ainsi l'état du droit concernant l'abstention ou l'interruption de traitement de survie :

Les tribunaux canadiens ont reconnu aux patients le droit en common law de refuser un traitement médical ou d'exiger qu'un traitement, une fois commencé, soit interrompu (*Ciarlariello c. Schacter* [1993] 2 R.C.S. 119). Ce droit a été expressément reconnu même si l'interruption ou le refus du traitement risquent d'entraîner la mort (*Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec* [1992] R.J.Q. 361 (C.S.), et *Malette c. Shulman* (1990), 72 O.R. (2d) 417(C.A.)).<sup>8</sup>

Le *Code civil du Québec* accorde aux individus le droit de refuser un traitement médical,<sup>9</sup> droit que la Cour supérieure du Québec a réaffirmé dans l'affaire *Nancy B.* Les articles pertinents du Code civil portent ce qui suit :

**Article 10.** *Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.*

*Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.*

**Article 11.** *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.*

**Article 12.** *Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.*

Le D<sup>r</sup> Keyserlingk dit ceci au sujet de l'affaire *Nancy B.* :

L'inquiétude de l'hôpital [dans cette affaire] était la suivante : «Est-ce que nous ne tuons pas la malade en cessant de la maintenir artificiellement en vie ?», ce à quoi le tribunal a répondu «Pas du tout; un malade a le droit de refuser». Du point de vue [...] de l'hôpital ou du médecin, on n'a pas le droit de traiter lorsque le traitement a été refusé. Autrement, ça devient une forme d'agression.

*Keyserlingk, 1:32*

---

8 *Rodriguez c. Colombie-Britannique*, supra n<sup>o</sup>. 5, p. 598.

9 Voir *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).



Il est acceptable sur le plan juridique, partout au Canada, de ne pas commencer un traitement de survie ou de l'interrompre lorsqu'un patient capable en fait la demande. À cet égard, le D<sup>r</sup> Keyserlingk et le D<sup>r</sup> Ted Boadway, directeur de la politique de la santé de l'Association médicale de l'Ontario, indiquent ce qui suit :

Le devoir [de maintenir la vie] disparaît dans certaines circonstances, par exemple lorsque le traitement est refusé par un malade jouissant de toutes ses facultés [...] D'un point de vue juridique, une telle omission dans ces circonstances n'est pas de l'euthanasie par omission, mais correspond tout simplement à de bons soins médicaux.

*Keyserlingk, 1:28*

Les tribunaux ont statué que les médecins doivent respecter et faire respecter les désirs d'un patient apte à décider concernant les choix de traitement à toutes les étapes de la vie, même si cela a pour conséquence de hâter la mort.

*Boadway, 20:70*

S'il est généralement admis qu'il faut respecter la décision des patients lucides qui refusent un traitement de survie, il reste un certain nombre d'éléments sur lesquels les tribunaux n'ont pas encore statué. Aucune décision n'a été rendue concernant l'abstention ou l'interruption de traitement pour des patients incapables, par exemple des jeunes enfants et des patients dans un état végétatif persistant. Les traitements inutiles refusés à un patient, contrairement aux vœux qu'il a exprimés, constituent en droit une autre zone grise. Il reste en outre à déterminer si l'hydratation et l'alimentation artificielles constituent un traitement médical que l'on peut cesser ou refuser au même titre que les autres soins médicaux. Les tribunaux s'y sont arrêtés, mais sont divisés sur la question.

Dans l'affaire *Astaforoff*,<sup>10</sup> la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a confirmé la décision de la Cour suprême de la province qui reconnaissait qu'il était du devoir des tribunaux de protéger le caractère sacré de la vie, mais sans pour autant imposer à une personne contre son gré les choses nécessaires à la vie. Par contre, dans l'affaire *Niemic*,<sup>11</sup> la Cour supérieure du Québec a autorisé l'hôpital à alimenter et à traiter chirurgicalement, par tous les moyens nécessaires, un adulte capable qui refusait les traitements médicaux. On n'a pas encore demandé à la Cour suprême du Canada de statuer sur ces questions complexes.

D'après certains témoins, les professionnels de la santé ont besoin de directives plus claires concernant ces différents aspects de l'abstention et de l'interruption de traitement :<sup>12</sup>

10 *Attorney General of B.C. v. Astaforoff* [1983] 6 W.W.R. 322 (B.C.S.C.); confirm. [1984] 4 W.W.R. 385 (B.C.C.A.).

11 *Procureur général du Canada c. Hôpital Notre-Dame et Niemic*, (1984) C.S. 426.

12 On trouvera des exemples de modifications proposées à l'Annexe G du présent rapport. Le Comité n'entérine pas ces propositions, mais les donne afin d'illustrer son propos.

En réalité cependant, la common law n'est pas assez claire pour être bien comprise par les médecins ou le grand public, et elle ne peut pas être appliquée uniformément d'un cas à l'autre, ce qui laisse planer suffisamment de doutes dans l'esprit des médecins pour qu'ils ne sachent pas exactement quelles sont leurs obligations et leur responsabilité légale éventuelle s'ils prodiguent certains soins ou ne le font pas. Ces problèmes sont particulièrement évidents dans le cas d'un patient qui se trouve dans un état végétatif persistant.

*Boadway, 20:70*

La Commission de réforme du droit a traité précisément de l'interruption de traitement :

Il existe, à tort ou à raison, un malaise certain chez les spécialistes médicaux et dans le public. À la base de ce malaise, on retrouve notamment l'idée que la rédaction actuelle des textes permet de jeter un doute sérieux sur la légalité de certaines pratiques médicales ou hospitalières courantes.<sup>13</sup>

M. Scott Rowand, président de l'hôpital Wellesley de Toronto, exprime une autre préoccupation :

Je ne crois pas que la loi offre une protection adéquate aux hôpitaux et aux professionnels de la santé dans les cas d'interruption de traitement; or la Commission de réforme du droit, dans son document de travail 28, a recommandé une telle protection.

*Rowand, 9:32*

### **Lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne de la Colombie-Britannique**

Il est explicitement question de ces activités dans les lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne de la Colombie-Britannique concernant l'euthanasie active et l'aide au suicide. D'après ces lignes directrices, il y a abstention ou interruption de traitement quand un médecin qualifié, avec le consentement du patient ou en son nom, décide de ne pas amorcer ou d'interrompre des actes médicaux destinés à prolonger la vie au-delà de sa durée naturelle. Lorsqu'elle est conforme aux normes de déontologie médicale établies, cette conduite ne donne pas lieu à des poursuites au criminel.<sup>14</sup>

Ces situations posent des problèmes non seulement sur le plan juridique, mais aussi sur le plan moral et éthique. Les propos des témoins reflètent ces difficultés ainsi que la diversité des opinions concernant ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas.

---

13 Commission de réforme du droit, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28 (Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1982), p. 33.

14 Ces lignes directrices sont reproduites intégralement à l'Annexe I du présent rapport.



## Opinions des témoins

Certains témoins disent que les arguments invoqués pour justifier l'abstention ou l'interruption de traitement de survie pour les patients capables s'appliquent tout aussi bien dans le cas des patients incapables qui ont fait la demande lorsqu'ils étaient lucides. Voici ce qu'indique à ce sujet le professeur Eike-Henner Kluge, qui enseigne la bioéthique à l'Université de Victoria :

Si j'ai montré que les personnes capables avaient le droit de choisir de vivre ou de mourir, [...] il s'ensuit que le même droit doit s'appliquer aux personnes qui ne sont plus aptes, mais qui ont fait une telle demande à l'époque où elles l'étaient...

*Kluge, 2:19-20*

Les loubavitch de la Colombie-Britannique soutiennent qu'il est impossible de connaître les vœux d'une personne incapable et, partant, qu'il n'existe pas de jugement substitutif légitime :

Toute décision, qu'il s'agisse de respecter un testament biologique ou de la nécessité d'agir sans instructions connues, ne devrait aller que dans le sens de la protection de la vie elle-même. Au fil des siècles, les sociétés ont fait de la protection de la vie la pierre angulaire de leurs fondements moraux. Toute dérogation à ce principe mettra en danger la société toute entière et ses valeurs, en sapant les préceptes fondamentaux que sont le caractère sacré de la vie et notre devoir de protéger la vie.

*Mémoire des loubavitch — C.-B., p.5*

D'aucuns estiment qu'un traitement est inutile lorsque, de l'avis des médecins, il est entièrement inefficace. D'autres le décrivent comme un traitement qui a peu de chances d'être efficace ou de donner des résultats tangibles, ce qui suppose un jugement tant médical que moral. Dans son témoignage, le D<sup>r</sup> John Williams, directeur du Département de l'éthique et des affaires juridiques de l'Association médicale canadienne, dit ceci :

La question de l'inutilité est l'un des problèmes les plus épineux de la pratique médicale contemporaine. La déclaration que nous avons remise, intitulée «Déclaration conjointe sur la réanimation» et adoptée récemment par nos trois associations, traite de la question de l'inutilité. Elle n'apporte pas de solution définitive, mais au moins elle en parle et fixe certains paramètres définissant un cadre pour les discussions futures de la notion d'inutilité, en particulier la question de savoir si c'est au personnel médical qualifié qu'il revient de déterminer quand un traitement ne permet pas d'atteindre un but spécifié, ou si l'on doit laisser au malade ou à la famille le soin de décider s'il est souhaitable ou non de poursuivre ce but.

Par exemple, est-il superflu de prendre des mesures de réanimation qui permettront de maintenir un malade en vie deux semaines de plus à l'hôpital ? La réponse est peut-être à la fois oui et non. Ce n'est pas inutile dans la mesure où l'on atteint le but poursuivi de maintenir quelqu'un en vie deux semaines de plus, mais la question de savoir si le but lui-même est valable ou acceptable dépend vraiment des valeurs du malade, du personnel soignant ou d'autres

encore. C'est une question que nous n'avons pas tenté de résoudre pour le moment.

*Williams, 25:7-8*

Des témoins expriment l'avis qu'il est acceptable de ne pas administrer un traitement de survie ou de l'interrompre même s'il est utile, par exemple une transfusion sanguine nécessaire sur le plan médical pour un témoin de Jéhovah bien portant par ailleurs. Comme le souligne le D<sup>r</sup> Douglas Sawyer, président du comité d'éthique de l'Association médicale canadienne :

[À votre avis, doit-on refuser un traitement uniquement lorsque celui-ci serait inutile ou peut-on avoir d'autres raisons de le faire ?] Je crois qu'un malade peut refuser un traitement pour n'importe quelle raison. Lorsqu'un patient refuse d'être traité, la question de l'inutilité ne se pose pas. Elle se pose uniquement lorsque le patient est incapable et ne peut pas refuser le traitement, mais que celui-ci est considéré comme superflu.

*AMC, 25:7*

Plusieurs témoins soutiennent qu'il n'y a pas de véritable différence sur le plan moral entre, d'une part, l'abstention ou l'interruption de l'hydratation et de l'alimentation artificielles et, d'autre part, l'abstention ou l'interruption en ce qui a trait à l'utilisation d'un respirateur, à la transfusion sanguine ou à la réanimation cardiorespiratoire. Par conséquent, si l'une des catégories de traitement peut être interrompue ou ne pas être entreprise, il en va de même pour l'autre.

D'autres témoins estiment au contraire qu'il y a une différence entre les deux types d'interventions. Ils considèrent comme moralement acceptable de ne pas administrer un traitement de survie ou de l'interrompre, à l'exclusion toutefois de l'hydratation et de l'alimentation artificielles. Le groupe *Canadian Nurses for Life* est lui aussi d'avis qu'il n'est ni approprié ni souhaitable d'interrompre la nutrition et l'hydratation :

Le fait de donner à boire et à manger n'a jamais constitué un traitement médical, car ce n'est pas une façon de soigner une maladie.[...] À son Congrès international tenu à Rome les 1<sup>er</sup> et 2 décembre 1989, la Fédération mondiale des médecins pour le respect de la vie humaine, qui compte quelque 300 000 membres provenant de 59 pays, a adopté une résolution que nous allons citer : «Lors de toute maladie mortelle, il est cruel et contraire à la pratique médicale de priver le malade de nourriture et d'hydratation et de le faire ainsi mourir de faim et de soif, ce qui ne fait qu'accroître sa souffrance. La nutrition et l'hydratation sont essentielles au maintien de la vie, même si elles s'effectuent par voie intraveineuse ou par gavage».

*Mémoire de Canadian Nurses for Life, p. 3-4*

Ces questions controversées mises à part, de nombreux témoins ont parlé en général de la fréquence des abstentions et des interruptions de traitement ainsi que des conditions dans lesquelles elles ont lieu. Certains ont confirmé que les vœux des patients sont effectivement respectés dans la plupart des cas. Par contre, le Comité a aussi été informé de situations où l'on n'en tient pas compte. Ainsi, le révérend John Oldham, qui a suivi une formation de pastorale clinique à l'hôpital Victoria de Winnipeg et qui a dirigé plusieurs colloques sur le phénomène de la mort, a dit au Comité qu'un traitement de



survie est parfois administré au patient contre sa volonté ou malgré le refus de son représentant d'y consentir :

Il arrive que des médecins autoritaires et déterminés des services de soins intensifs administrent des traitements plus énergiques qu'il n'est nécessaire, contrairement à ce que souhaitent les patients et leur famille. C'est parfois beaucoup trop énergétique. C'est une question de jugement et il est très difficile de trancher.

*Oldham, 18:27*

On a aussi signalé au Comité des cas où l'équipe soignante n'avait pas administré un traitement parce qu'elle le jugeait inutile, allant ainsi à l'encontre des désirs du patient ou de son représentant. Les Christian Brethren du Manitoba en donnent un exemple :

Le médecin [...] a expliqué qu'on avait examiné le cas de notre mère et décidé de débrancher l'appareil; de fait, le personnel avait déjà commencé à réduire le nombre de respirations par minute, et l'appareil devait être arrêté complètement à 18 heures.

Père a répété qu'il ne pouvait pas permettre ce débranchement parce qu'il se soumettait au droit divin de donner ou d'enlever la vie.

En terminant, j'aimerais dire que notre chagrin et notre bouleversement ont été accrus du fait que les directeurs de l'hôpital étaient autorisés à débrancher l'appareil de maintien de la vie (selon ce qui nous a été dit), sans égard pour nous et sans que nous puissions les en empêcher.

*Mémoire des Christian Brethren, p. 4-5*

D'autres témoins font observer que le patient n'est pas toujours en mesure de refuser un traitement librement et en connaissance de cause; en pareil cas, le rôle des professionnels de la santé revêt une importance extrême. C'est ce que M<sup>me</sup> Rodney a expliqué au Comité, à l'aide d'un exemple puisé dans son expérience d'infirmière. Elle a relaté le cas d'un diabétique de 76 ans dont la mobilité était considérablement réduite et qui avait besoin d'une dialyse de longue durée. Comme son état se détériorait, il a informé l'équipe soignante qu'il voulait mettre fin à sa dialyse. Cette décision a surpris les membres de l'équipe parce que le patient n'avait jamais tenu de tels propos et que sa santé ne s'était pas suffisamment détériorée pour justifier sa demande :

Le malade a fini par avouer qu'il souhaitait mettre fin à sa dialyse parce qu'il avait l'impression de devenir un fardeau de plus en plus lourd pour sa femme et qu'il était en train de l'épuiser. Ayant appris la vérité, les membres de l'équipe ont été plus en mesure de réagir. Ils ont négocié avec le malade un nouveau plan de traitement. Ils leur ont obtenu, à sa femme et à lui, davantage d'aide au domicile, ce qui leur a permis de mieux se débrouiller. M. C. a retiré sa demande de cessation de traitement et a pu mener pendant encore quatre années ce qu'il considérait comme une vie de qualité.

*Rodney, 15:124*

Certains témoins ont expliqué au Comité la distinction morale qu'ils font entre abstention et interruption de traitement. Les loubavitch de la Colombie-Britannique s'expriment en ces termes :

L'interruption de tout traitement médical, qu'il s'agisse de l'usage d'un respirateur, de l'administration d'oxygène, d'injection intraveineuse, d'alimentation par sonde nasogastrique ou de traitement pharmacologique, ne peut être acceptée. On ne peut prendre de telles mesures que si le médecin est convaincu qu'elles ne vont pas interrompre la vie. Or, il est impossible à quiconque de prendre une telle décision avec une certitude absolue et entière. Par conséquent, une fois mis en place, les mécanismes d'assistance ne devraient pas être interrompus tant que la mort n'a pas été établie.

*Mémoire des loubavitch — C.-B., p. 19*

Le D<sup>r</sup> Somerville pense, pour sa part, qu'il n'y a pas de distinction éthique entre les deux :

Il s'agit aussi de savoir s'il y a une différence entre le fait de ne pas dispenser un traitement visant à maintenir une personne en vie et le fait de retirer ce traitement. Sur le plan de l'éthique comme du droit, il n'y a pas de différence, à condition que l'action soit justifiée dans un cas comme dans l'autre. Là encore, dans une certaine mesure, le fait de savoir si l'action est justifiée procède d'un jugement de valeur. Toutefois — et nous devons à mon avis en tenir compte —, le sentiment n'est pas nécessairement le même pour les professionnels de la santé en cause selon qu'ils ne dispensent pas un traitement ou qu'ils le retirent.

*Somerville, 6:6-7*

Malgré des points de vue différents, les témoins reconnaissent presque unanimement que l'abstention et l'interruption de traitement de survie sont moralement acceptables en principe et que, si un patient capable ou son représentant refuse un traitement, il faut respecter cette décision. Comme le fait remarquer le D<sup>r</sup> Mount :

De façon générale, on convient maintenant que l'utilisation d'un traitement visant à prolonger la vie n'a pas sa place lorsque le patient s'y oppose ou qu'aucune raison ne milite contre l'interruption. Cette façon de voir reçoit l'assentiment de nombreuses autorités.

*Mount, 5:27*

Le P<sup>r</sup> Schafer est aussi de cet avis :

Ces valeurs puissantes — la liberté et l'autonomie —, [...] ont amené le milieu de la déontologie biomédicale et le milieu juridique à convenir, de façon quasi unanime, que ce que l'on appelait «l'euthanasie passive» [abstention et interruption de traitement de survie] est légitime du point de vue moral et devrait donc être permis par la loi.

*Schafer, 18:122*

### **Délibérations du Comité**

Le Comité ne croit pas qu'il existe une différence morale entre l'abstention et l'interruption de traitement de survie. Par conséquent, il pense que les arguments éthiques qui s'appliquent à l'une valent aussi pour l'autre.

Le Comité reconnaît que l'abstention et l'interruption de traitement de survie sont légales quand elles sont réclamées par un patient capable. Toutefois, lorsque les vœux d'un patient incapable sont connus (grâce à une directive préalable ou à des conversations



avec un membre de la famille ou un ami), on devrait s'en remettre au jugement substitutif de son fondé de pouvoir et respecter ses volontés. Dans le cas contraire, on devrait décider en fonction de l'intérêt véritable du patient.

Le Comité reconnaît qu'il règne de l'incertitude dans la profession médicale et dans le grand public au sujet de ce qui est légalement admissible en la matière. Le Comité est d'avis qu'il faudrait clarifier, en droit, la pratique relative à l'abstention et à l'interruption d'un traitement de survie. À cet égard, on devrait prendre en considération les critères suivants :

- Quand un patient refuse un traitement de survie, l'équipe soignante évalue sa capacité de décision.
- Si le patient est capable, l'équipe s'assure que son choix est libre et éclairé, auquel cas elle respecte son refus.
- Si le patient est incapable mais qu'il a rempli une directive préalable valide lorsqu'il était encore en possession de ses moyens, on respecte les souhaits qu'il a alors exprimés. En l'absence d'une telle directive préalable, l'équipe soignante en réfère au fondé de pouvoir du patient. Cette personne se prononce à la place de ce dernier si elle sait quelle décision il aurait prise en toute lucidité; dans le cas contraire, c'est l'intérêt véritable du patient qui sert de critère de décision.
- Il ne faut pas refuser d'administrer ou d'interrompre un traitement de survie contre le gré d'un patient capable ou de son fondé de pouvoir, à moins que le traitement ne soit « inutile » au sens où l'entend le Comité.
- On doit interpréter de façon très étroite la notion d'inutilité du traitement, c'est-à-dire qu'il doit s'agir, selon l'équipe soignante, d'un traitement entièrement inefficace.
- Le Comité considère que l'hydratation et l'alimentation artificielles sont des traitements; par conséquent, il est aussi acceptable, dans certaines circonstances, de ne pas les administrer ou de les interrompre que de ne pas administrer ou d'interrompre la respiration artificielle, les transfusions sanguines ou la réanimation cardiorespiratoire.

Le Comité estime qu'il est inacceptable de ne pas disposer de lignes directrices régissant l'abstention et l'interruption de traitement de survie.

## **Recommandations**

**Le Comité recommande qu'on modifie le *Code criminel* et qu'on adopte les dispositions législatives nécessaires pour reconnaître explicitement et clarifier les circonstances dans lesquelles l'abstention et l'interruption de traitement de survie sont légalement acceptables. On devrait prendre en considération les critères énoncés dans le présent chapitre, à la rubrique «Délibérations du Comité».**

**Le Comité recommande que la division de Santé Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé, en consultation avec les provinces, les territoires et les associations professionnelles intéressées, établisse des lignes directrices régissant l'abstention et l'interruption de traitement de survie.**

**Le Comité recommande que les lignes directrices professionnelles soient modifiées en fonction de ces recommandations, du nouveau texte du *Code criminel* et des lignes directrices nationales.**

**Le Comité recommande que le ministère fédéral de la Santé, en collaboration avec les provinces et les territoires, parraine une campagne nationale pour informer le public de ses droits relativement au refus d'un traitement de survie.**

**Le Comité recommande qu'on effectue une étude en vue de déterminer la fréquence des abstentions et interruptions de traitement ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées par suite de l'application des lignes directrices et dispositions législatives proposées.**



## Chapitre VI

### Les directives préalables

---

**T**out au long des audiences du Comité, des témoins ont parlé de l'importance de la participation du patient aux décisions touchant le traitement ainsi que des nouvelles possibilités qu'offrent les directives préalables à cet égard. Les professionnels de la santé soulignent qu'il est primordial que les patients communiquent aux médecins et aux infirmières leurs volontés à l'égard tant des soins qu'ils veulent obtenir que de ceux qu'ils refusent. Cela est également important pour les membres de la famille, qui sont souvent obligés de prendre des décisions délicates pour leurs proches en matière de soins. De telles décisions s'avèrent beaucoup plus faciles lorsque les familles connaissent les volontés du patient.

Une directive préalable — en vertu du *Code civil du Québec*, il s'agit d'un mandat, qu'on appelle aussi communément testament de vie ou testament biologique — est un *document établi par une personne capable concernant les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même*. Les directives préalables sont de deux ordres : les instructions et la procuration (ou procuration permanente pour soins de santé). Dans le cas des **instructions**, la personne précise, pour le cas où elle deviendrait incapable, *les décisions à prendre en matière de soins ou la façon de les prendre*. Dans la **procuration**, la personne *charge quelqu'un des décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle deviendrait incapable*.

#### État du droit

La plupart des législatures provinciales au Canada ont adopté ou envisagent d'adopter des textes de loi concernant les directives préalables. Le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse ont adopté et proclamé des lois qui rendent obligatoire le respect des directives préalables. La Colombie-Britannique a adopté une loi qu'elle n'a pas encore proclamée. Le 16 mars 1995, on a de nouveau présenté à Terre-Neuve un projet de loi (*An Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers*) qui sera étudié sous peu en comité.

Parmi les provinces qui n'ont pas légiféré à ce chapitre, quelques-unes sont en train d'examiner la question. L'Alberta a présenté un projet de loi, l'*Advance Directives Act*, qui a été rayé du *Feuilleton* lorsque la session a pris fin en novembre 1994. Avant qu'on décide s'il y a lieu de présenter de nouveau ce projet de loi, le ministre de la Santé doit

analyser les commentaires qu'il a reçus du public par suite de la diffusion d'un document de travail sur les directives préalables.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé a entrepris d'élaborer des normes et procédures à suivre dans le cadre des programmes de soins à domicile et de soins à long terme en établissement (*Standards and Procedures for Advanced Treatment Directives for both Coordinated Home Care Programs and Facility based Long Term Care Programs*). Au Nouveau-Brunswick, un comité constitué pour étudier des directives préalables en matière de soins a remis son rapport au ministère de la Justice, qui l'étudiera pour déterminer si une loi s'impose.

L'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et le Yukon n'envisagent pas pour l'instant de présenter de projet de loi ni d'étudier la question.<sup>15</sup>

### Opinions des témoins

La plupart des témoins conviennent qu'il devrait y avoir dans toutes les provinces des lois rendant obligatoire le respect des directives préalables, et que le personnel soignant devrait être tenu de respecter les volontés des patients exprimées dans de telles directives. Le D<sup>r</sup> Latimer, entre autres, appuie ce point de vue :

Je serais d'accord pour que les gens puissent décider, dans un testament, du traitement qu'ils sont prêts à subir à la fin de leur vie. Autrement dit, ils peuvent décider de ne pas subir certains traitements visant à prolonger leur vie. Ils devraient avoir ce droit ou cette possibilité de choix.

*Latimer, 4:10*

Le D<sup>r</sup> Latimer souligne également l'utilité de telles mesures pour les professionnels de la santé :

Tout ce qui peut préciser aux médecins et aux services de santé le genre de traitement qu'une personne est prête à recevoir est une excellente chose. Si c'est sous la forme d'un testament biologique ou d'une procuration ou encore les deux, c'est également une excellente chose. Un patient qui fait simplement connaître à son médecin la nature générale de ses désirs à ce propos ne peut qu'en être félicité.

*Latimer, 4:10*

M. Carrier et M<sup>me</sup> Chapman expliquent pourquoi le respect obligatoire des directives préalables peut être avantageux :

Le testament de vie, à mon avis, est intéressant dans la mesure où l'on s'assurera que l'on ne donnera pas un traitement contre la volonté de la personne et que l'on pourra toujours vérifier avec cette dernière ce qu'elle veut en fin de vie. Si elle est toujours apte à choisir, bien sûr. [...] Le testament [de vie] peut protéger cette personne contre l'acharnement thérapeutique.

*Carrier, 3:13*

---

<sup>15</sup> On trouvera aux annexes J et K du présent rapport un résumé plus détaillé des mesures législatives touchant les directives préalables dans les provinces canadiennes.



Comme les lois provinciales conféreront un caractère légitime à la directive préalable, il deviendra alors possible de s'attaquer à certains des problèmes concernant les décisions en matière de traitement, telles que l'abstention de traitement, si l'on connaît la volonté de la personne avant qu'elle ne soit malade. Conformément à la directive préalable, le traitement ou le non-traitement respectera les souhaits de la personne au cas où cette personne ne serait pas en mesure d'exprimer elle-même sa volonté. Nombre de situations difficiles qui surgissent à la fin de la vie pourraient être évitées si ce genre de lois existaient dans l'ensemble du pays et si l'utilisation de la directive préalable devenait répandue.

*Chapman, 32:57*

M. Bureau indique que l'expression d'un refus ou d'un consentement libre et éclairé à l'égard d'un traitement facilite la tâche de la famille ou des amis appelés à prendre des décisions difficiles :

Par le respect des volontés du mourant, le processus du deuil sera facilité, moins douloureux et sûrement moins destructeur parce que moins porteur de culpabilité et de tension dans la famille et chez les soignants.

*Bureau, 4:36*

Certains témoins expriment toutefois des réserves. Voici ce que dit le D<sup>r</sup> Keyserlingk :

L'ennui avec tout cela est que si nous commençons tous à écrire des testaments dans lesquels nous déclarons que nous ne voulons pas qu'on ait recours à des moyens héroïques pour nous garder en vie, il risque d'y avoir un déplacement du fardeau. Lorsque les gens n'auront pas de testament de vie, les médecins commenceront alors à penser : «je suppose que je dois tout mettre en oeuvre».

*Keyserlingk, 1:52-53*

De son côté, le P<sup>r</sup> Mishara dit qu'il sera plus difficile pour ceux qui ont rédigé un testament biologique de changer d'avis :

Donc, un des problèmes [...] c'est comment on peut protéger les droits des individus de changer d'avis, de signer un document un jour quand il se sentent seuls, isolés [...] et que suite à des bonnes interventions pour soulager ces douleurs, [ils] se sentent mieux, se sentent différemment.

*Mishara, 2:41*

Certaines infirmières font aussi part de leurs préoccupations :

L'accent mis sur la nécessité du testament biologique laisse aussi entendre qu'à moins que le malade n'y ait pourvu, il ne recevra pas de bons soins infirmiers; qu'un malade perd en partie ou en totalité ses droits de refuser un traitement et qu'il doit protéger ces droits en signant un document juridique; que sans ce document juridique, les malades doivent s'attendre à être soignés à l'excès; et que les malades incapables d'exercer leurs droits n'en ont plus. *Canadian Nurses for Life* ne voit pas de bonne raison qui justifierait d'inscrire dans la loi ce qui constitue déjà une pratique infirmière. [...] Le testament biologique repose sur l'hypothèse selon laquelle non seulement les infirmières soignent les malades malgré eux, mais encore qu'elles leur prodiguent couramment des soins excessifs.

*Nurses for Life, 8:7*

Selon M<sup>me</sup> Scandiffo, de l'association Right to Life de Toronto, déclare :

Certes, l'idée d'avoir une personne à qui vous faites confiance et qui vous représente est bonne. Ce qu'il ne faut pas oublier, cependant, c'est que les gens doivent être conscients de choses comme les conflits d'intérêts. De toute évidence, la personne qui signe un tel document doit vous faire confiance, ainsi qu'à votre jugement. Mais ce n'est pas tout le monde qui est digne de confiance. Est-ce que les gens seront forcés de signer ces documents?

*Scandiffo, 8:52*

### **Délibérations du Comité**

Bien que le Comité soit conscient des préoccupations soulevées par certains témoins en ce qui concerne l'obligation légale de respecter les directives préalables, une telle mesure semble présenter de grands avantages. Les membres espèrent que les provinces et territoires qui n'ont pas encore adopté de texte de loi à cet égard le feront bientôt.

Le Comité est préoccupé par la complexité de certains textes de loi qui existent déjà. À son avis, un plus grand nombre de gens seront encouragés à rédiger des directives préalables si l'on adopte un processus clair, simple et peu coûteux pour l'établissement de ces documents.

### **Recommandations du Comité**

**Le Comité recommande que les provinces et les territoires qui ne l'ont pas encore fait adoptent des mesures législatives concernant les directives préalables.**

**Le Comité recommande que les provinces et les territoires conviennent d'un protocole en vertu duquel les directives préalables établies dans une province ou un territoire seraient reconnues dans les autres.**



## Chapitre VII

### L'aide au suicide

---

**L'**aide au suicide est définie comme *le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux.*

Voici deux exemples d'aide au suicide :

- Un médecin montre à un patient comment prendre une dose mortelle d'un médicament et lui rédige une ordonnance en sachant que le patient a l'intention de prendre le médicament pour se donner la mort. Le patient absorbe la dose mortelle et meurt.
- L'amie d'une femme partiellement paralysée se rend à la pharmacie pour faire exécuter une ordonnance de barbituriques, les lui apporte, les dépose dans sa main et lui donne quelque chose à boire pour en faciliter l'ingestion. La femme avale les pilules et meurt.

Pour qu'il y ait aide au suicide, il faut que le patient soit l'agent de sa mort, mais que celle-ci résulte de l'assistance d'un tiers.

Il n'y a ni suicide ni aide au suicide dans les cas de refus de traitement, ou lorsqu'on administre un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie. L'euthanasie n'est pas non plus une forme d'aide au suicide parce que, contrairement à ce qui se passe dans l'aide au suicide, la personne qui fait le geste définitif n'est pas celle qui désire mourir.

#### État du droit

Le suicide et la tentative de suicide ne sont plus illégaux au Canada depuis que l'infraction de tentative de suicide a été abolie en 1972. Toutefois, l'aide au suicide demeure un acte criminel. L'article 241 du *Code criminel* stipule en effet que :

**241.** *Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas :*

- a) conseille à une personne de se donner la mort;*
- b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort,*  
*que le suicide s'ensuive ou non.*

L'aide au suicide est une infraction aux termes de l'alinéa 241b) du *Code criminel*. L'expression «aide ou encourage» englobe la fourniture de renseignements ou de moyens à une personne qui s'en sert pour s'enlever la vie. Cet alinéa est le point de mire du présent chapitre.

### **La common law et la *Charte***

L'arrêt-clé dans ce domaine concerne Sue Rodriguez qui, lors de l'audition de sa cause par la Cour suprême, avait 42 ans et souffrait de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig). Pour la forme de SLA dont elle souffrait, le pronostic était une perte progressive de ses facultés physiques (notamment marcher, parler, avaler et respirer), la mort devant survenir de deux à quatorze mois plus tard; vers la fin, elle serait lucide et consciente de son état, mais clouée au lit, totalement dépendante d'autrui pour ses soins et ne pouvant respirer, s'hydrater ou s'alimenter sans l'aide d'appareils.

Sue Rodriguez ne souhaitait pas mourir tant qu'elle pouvait encore jouir de la vie, mais elle se rendait compte qu'un jour viendrait où elle ne serait plus capable de se suicider sans aide. Elle a intenté une action en justice, réclamant qu'on déclare contraires à la *Charte* les dispositions du *Code criminel* qui interdisent l'aide au suicide. Pour reprendre les termes de la Cour suprême du Canada, elle a demandé «qu'un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdra la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait». Les tribunaux ont rejeté sa demande, et Sue Rodriguez est morte en février 1994. On sait que quelqu'un l'a aidée à mourir, mais on ignore s'il s'agit d'une aide au suicide ou d'une euthanasie. Aucune accusation n'a été portée relativement à son décès.

Dans un jugement rendu à cinq contre quatre, la Cour suprême du Canada a soutenu que la disposition interdisant l'aide au suicide, l'alinéa 241b), ne viole pas la *Charte canadienne des droits et libertés*. Même si elle restreint le droit de Sue Rodriguez à la liberté et à la sécurité de sa personne garanti par la *Charte*, elle ne le fait pas d'une manière contraire aux principes de justice fondamentale. On a soutenu au nom de Sue Rodriguez qu'une personne handicapée désirant se suicider, mais incapable physiquement de le faire, a droit à une aide au suicide en vertu des dispositions sur l'égalité. Le juge Sopinka, qui a rédigé la décision au nom de la majorité, a statué que, même s'il y avait violation du droit à l'égalité garanti par la *Charte*, on pouvait démontrer que cette restriction était justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique en vertu de l'article 1 de la *Charte*.

Trois juges ont exprimé leur dissidence. D'après le juge en chef Lamer, la prohibition de l'aide au suicide restreint le droit à l'égalité garanti par la *Charte*, restriction dont la



justification ne peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. Il conclut qu'il est possible d'assurer la protection des personnes vulnérables sans restreindre le droit des handicapés à l'égalité. La juge McLachlin (d'accord avec la juge L'Heureux-Dubé) estime que la prohibition de l'aide au suicide restreint le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, que cette restriction n'est pas conforme aux principes de justice fondamentale et qu'on ne peut en démontrer la justification dans le cadre d'une société libre et démocratique. Elle soutient que les personnes vulnérables pourraient être protégées d'une manière qui ne limite pas arbitrairement la liberté des Canadiens. D'après la juge, les dispositions sur l'égalité contenues dans la *Charte* ne s'appliquent pas en l'espèce. Le juge Cory s'est rallié essentiellement aux avis du juge en chef Lamer et de la juge McLachlin; il estime que la prohibition de l'aide au suicide restreint tant le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne que le droit à l'égalité, et qu'on ne peut démontrer que cette restriction est justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique.

Fait à noter, cinq juges ont confirmé les dispositions législatives actuelles sur l'aide au suicide, alors que quatre les ont désavouées. Une description plus détaillée de ce jugement est donnée à l'Annexe L.

### **Lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne de la Colombie-Britannique**

Le procureur général de la Colombie-Britannique a produit à l'intention des procureurs de la Couronne de sa province des lignes directrices en matière d'euthanasie active et d'aide au suicide.<sup>16</sup> À la connaissance du Comité, aucune autre province n'a produit de document semblable. Selon ces lignes directrices, un médecin n'est poursuivi au criminel pour aide au suicide et euthanasie que s'il y a une forte probabilité d'obtenir sa condamnation et si l'intérêt public l'exige. Elles stipulent en particulier :

Par une forte probabilité d'obtenir la condamnation, il faut entendre beaucoup plus qu'une présomption, mais beaucoup moins qu'une certitude à peu près totale. [...] C'est pourquoi [le procureur de la Couronne] doit faire preuve de souplesse lorsqu'il cherche à établir s'il y a une forte probabilité d'obtenir la condamnation, compte tenu que plus l'allégation est grave, plus la justice a intérêt à soutenir des accusations prouvables.

Pour déterminer si l'intérêt public exige des poursuites, le procureur de la Couronne prend en compte les facteurs suivants :

- L'importance de promouvoir des normes déontologiques et professionnelles appropriées au sein des professions de la santé;
- L'intérêt de la société à protéger les personnes vulnérables; et

---

16 Ces lignes directrices sont reproduites intégralement à l'Annexe I du présent rapport.

- L'intérêt de la société à protéger le caractère sacré de la vie humaine, sans qu'il soit pour autant nécessaire de prolonger la vie à tout prix.

### Opinions des témoins

Les témoins ont présenté au Comité un large éventail d'arguments d'ordre éthique, social et juridique; d'aucuns réclamaient la légalisation pure et simple de l'aide au suicide, alors que d'autres au contraire recommandaient que la société prenne des mesures plus strictes pour bien montrer que le suicide ne doit jamais être encouragé.

Malgré l'indéniable illégalité de l'aide au suicide, le Comité a entendu des témoignages qui attestent qu'elle se pratique bel et bien au Canada. D'autres témoins, cependant, ont dit qu'elle est très rare. Comme la plupart des témoins n'ont pas fait de distinction claire entre l'aide au suicide et l'euthanasie, il est difficile d'établir des chiffres fiables à cet égard. Russel Ogden, qui a préparé un mémoire de maîtrise sur l'euthanasie et l'aide au suicide des sidéens et des séropositifs et le D<sup>r</sup> Boadway indiquent tous deux qu'il s'agit d'une pratique courante :

J'ai découvert qu'ici, en Colombie-Britannique, l'euthanasie au sein de la population atteinte du sida se pratique aussi bien avec que sans l'aide des médecins. Entre 1980 et 1993, j'ai eu connaissance de 34 cas d'aide au suicide ou d'euthanasie au sein de ce groupe. J'ai également eu connaissance d'autres décès à l'extérieur du groupe des sidéens, mais je ne les ai pas inclus dans mes chiffres. Depuis la publication de ces résultats, j'ai eu connaissance de nombreux autres décès parmi les personnes atteintes de SLA, de cancer et du sida.

*Ogden, 14:75-6*

Depuis que je me suis prononcé sur l'aide au suicide il y a un an, les médecins et les infirmières m'en parlent sans cesse. J'essaie consciemment d'éviter d'apprendre des détails sur les circonstances particulières de chaque cas, parce que je ne veux pas savoir. Mais je peux vous dire que c'est constant.

*Boadway, 20:83*

Par contre, voici ce que dit le révérend Kenneth Weir, un aumônier du Nouveau-Brunswick :

Je peux vous dire que j'ai travaillé dans les hôpitaux, avec le personnel, pendant neuf ans et que je sais ce qui se passe dans un établissement hospitalier. Je ne peux pas vous citer un seul cas d'aide au suicide qui se soit produit dans nos établissements. Ce genre de choses ne passent pas inaperçues. Les gens en parlent et je reçois les confidences aussi bien des médecins et des infirmières que des préposés aux cuisines et à l'entretien.

*Weir, 24:22*

À cause de l'hésitation des gens à discuter d'activités illégales, le Comité n'a pu recueillir d'informations exactes ou complètes sur la fréquence de l'aide au suicide. Comme l'indique le révérend Oldham :



Je suis convaincu que beaucoup de gens, autant des professionnels de la santé que d'autres personnes, ne sont pas venus ici de crainte de faire l'objet d'enquêtes et de poursuites.

*Oldham, 18:28*

Le D<sup>r</sup> Chochinov a fait remarquer au Comité qu'on sait très peu de choses sur les personnes qui demandent une aide au suicide, ou sur leurs motivations :

Que savons-nous de ce groupe pour qui la mort avec l'aide d'un médecin pourrait être envisagée? Trop peu de choses. La taille possible d'un tel groupe, la distribution des processus morbides sous-jacents et le fardeau des symptômes, la mesure dans laquelle la douleur, la dépression et le soutien social influent sur le désir de mourir, la mesure dans laquelle une intervention peut pousser une personne à mourir ou l'en dissuader, voilà autant de questions empiriques auxquelles on peut et on doit trouver réponse.

*Chochinov, 17:6*

Le Comité n'a donc pas été en mesure de déterminer à quelle fréquence l'aide au suicide est demandée et par quels groupes de patients, la fréquence à laquelle elle est pratiquée, et dans quelles conditions elle est demandée et fournie. Toutefois, les témoignages entendus l'autorisent à penser que l'aide au suicide est vraisemblablement demandée et fournie.

### **Arguments des témoins contre la décriminalisation de l'aide au suicide**

Un des arguments les plus souvent entendus contre l'aide au suicide est l'importance de la protection de la vie en tant que valeur fondamentale de la société. On invoque aussi à cet égard le caractère sacré de la vie, mais les deux arguments sont différents. La vie est une valeur fondamentale parce que la société ne peut survivre si cette valeur n'est pas protégée. Le D<sup>r</sup> McGregor offre la réflexion suivante :

L'euthanasie et l'aide au suicide sont contraires au respect fondamental de la vie humaine, lequel est au coeur des valeurs de la société.

*McGregor, 4:55*

Ceux qui s'opposent à l'aide au suicide en raison du caractère sacré de la vie emploient une autre terminologie. Ils considèrent que toute vie humaine est sacrée, comme en témoignent des principes religieux tels que «tu ne tueras point». Ce principe est défendu dans le contexte de la tradition judéo-chrétienne; le D<sup>r</sup> Senn et le révérend J.A. Baycroft de l'église anglicane d'Ottawa font valoir ce qui suit :

Les valeurs judéo-chrétiennes jouent encore un rôle important dans notre société. Elles nous enseignent que la vie n'est pas une chose dont on décide, que c'est un cadeau et que nous n'avons pas plus le droit de l'enlever que nous avons le droit de la demander.

*Senn, 9:6*

Je crois que ma vie fait partie de l'ensemble de la vie humaine, qu'elle n'est pas ma seule possession. Je suis tenu de respecter la vie des autres et, en plus, le respect de ma vie est indissociable du respect de la vie des autres. Si l'exemple que je donne est de renoncer à mon désir de vivre, en supposant que je sois très déprimé et que les choses soient très difficiles pour moi, je risque d'ébranler les convictions et l'engagement des autres, particulièrement des éléments vulnérables de la société.

*Baycroft, 28:8*

Le respect de la vie est également invoqué par la Commission sur les soins de santé aux Indiens de l'Alberta :

Les aînés et les chefs spirituels ont un profond respect de la vie. Dans leurs prières, ils demandent pour les autres une longue vie et le respect. Notre culture ne peut vraiment pas approuver que quelqu'un mette fin à ses jours. Ils ne veulent pas modifier la nature. Quand il s'agit de malades condamnés, ils s'en remettent au Créateur. Ils feront tout pour que la personne se rétablisse. Ils vont prier pour cette personne jusqu'à son dernier souffle.

*Bottle, 30:23*

Certains témoins soulignent que même si l'autonomie personnelle fait partie des valeurs de la société, elle n'est pas absolue :

Le principe de l'autodétermination, de l'autonomie du patient, se double toujours de l'interdépendance. Nous ne pouvons exclure l'un de l'autre. Nous sommes des individus dans une société vivant en collectivité et la collectivité a des droits de regard sur le comportement d'un individu. Toute notre société est basée là-dessus et le geste d'un individu crée des émotions ou des conséquences sur ceux qui le voient dans sa communauté immédiate et dans sa famille immédiate.

*Dionne, 13:12*

De nombreux témoins ont fait allusion à la notion de «pente glissante». Leur crainte est de voir la légalisation de l'aide au suicide mener tout droit à la légalisation de l'euthanasie volontaire, et peut-être même à l'euthanasie involontaire des personnes âgées, des handicapés et d'autres personnes vulnérables. Le problème peut être présenté en termes simples, mais il est plus complexe qu'il n'y paraît et soulève des préoccupations concernant les pressions émotionnelles, psychologiques et financières face auxquelles il pourrait être difficile de restreindre l'aide au suicide si jamais elle était autorisée. Voici ce que pensent les D<sup>rs</sup> Roy, Adams et Johnson :

Il serait illusoire, ou en tout cas extrêmement douteux, qu'une société puisse préserver le caractère volontaire de l'euthanasie si celle-ci devenait juridiquement, socialement et moralement acceptable pour un grand nombre de personnes. Il serait difficile, voire impossible, d'imaginer une loi interdisant toute forme de persuasion, même subtile, pour amener des patients à demander l'euthanasie alors que ce ne serait probablement pas ce qu'ils souhaiteraient.

J'ai déjà vu ce genre de situation dans le cas de patients atteints du sida qui avaient été totalement abandonnés par leurs parents, par leurs frères et soeurs, et par leur conjoint. Complètement isolés, et privés de toute source de vie et



d'affection, la mort leur semblait être la seule forme de libération possible. Dans de telles situations, des pressions subtiles peuvent amener le patient à demander une mort immédiate, rapide et sans douleur, alors que ce qu'il souhaiterait en fait serait de l'amour, de l'affection et du soutien.

L'idée que l'euthanasie puisse rester purement volontaire reflète l'idée naïve que nous vivons dans un monde idéal d'hôpitaux, de médecins, d'infirmières et de familles parfaits, mais j'ai passé trop de temps auprès d'agonisants et j'ai vu trop de cas de perte de lucidité et de chaos pour savoir que la réalité est tout autre.

*Roy, 22:8*

Cela risquerait d'avoir une incidence négative sur le respect qu'on accorde actuellement aux personnes âgées, aux handicapés physiques, aux malades mentaux, aux infirmes et aux nouveau-nés gravement handicapés.

*Adams, 18:45*

Cependant, sensible à mes propres faiblesses et reconnaissant celles que j'ai constatées autour de moi dans le monde médical, dans les hôpitaux et au sein du système de soins de santé au Canada, je peux dire à ceux qui revendiquent si éloquemment ces droits que, sur le terrain, dans les tranchées où cela compte, les premiers à mourir seraient les faibles et les non-instruits, les personnes sans défense, et non pas ceux et celles à la volonté farouche, ceux confrontés aux situations les plus pénibles. En effet, ce serait les personnes ordinaires dont la poursuite de l'existence est mal acceptée par les parents ou par un système de soins de santé incompréhensif et peu compatissant.

*Johnston, 14:28*

Les témoins qui refusent la décriminalisation de l'aide au suicide perçoivent une différence fondamentale entre cet acte et l'abstention ou l'interruption de traitement. Pour eux, le malade qui ne reçoit pas ou qui se fait retirer un traitement de survie meurt de causes naturelles, alors que celui ou celle qui se suicide avec l'aide de quelqu'un meurt de causes non naturelles. Le D<sup>r</sup> Morissette fait remarquer que :

Lorsque vous cessez un traitement ou que vous débranchez un appareil parce que le traitement est devenu disproportionné car la personne n'a plus le goût ou la capacité de lutter, il y a une nette différence entre le fait de laisser la mort survenir naturellement plutôt que de la provoquer. Je pense qu'essentiellement le noeud de la réponse est là. En somme, toute la question réside dans le fait de laisser la mort survenir naturellement ou de la causer.

*Morissette, 32:14*

De nombreux témoins ont parlé de la différence qu'il y a, sur le plan de l'intention, entre, d'une part, les activités décrites dans les chapitres précédents, notamment l'abstention et l'interruption de traitement de survie et le traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégier la vie et, d'autre part, l'aide au suicide. Le D<sup>r</sup> Latimer explique :

Certains diront également que les soins palliatifs s'apparentent de près à l'euthanasie et qu'il n'y a pas vraiment de grande différence entre les deux. Ils pourront aussi dire que certains des médicaments que nous dispensons pour enlever efficacement la douleur peuvent abrégier la vie du patient, ce qui revient au même que l'euthanasie. Ces affirmations sont également fausses. L'utilisation des traitements requis pour combattre la douleur, la difficulté à respirer et les autres symptômes vise à soulager la souffrance et non pas à causer le décès du patient. Le but de l'euthanasie et de l'aide au suicide est le décès du patient, et toute intervention est faite dans ce but. Les partisans de l'euthanasie ne doivent pas comparer cette dernière avec les soins palliatifs pour servir leur cause. Il existe une distinction bien nette entre des soins palliatifs efficaces d'une part, et l'euthanasie ou l'aide médicale au suicide d'autre part.

*Latimer, 4:6-7*

Un certain nombre de témoins pensent qu'il serait prématuré d'autoriser l'aide au suicide tant qu'on n'offrira pas de bons soins palliatifs à toute la population canadienne. Ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra évaluer avec précision les avantages et inconvénients possibles de la légalisation de l'aide au suicide. Le D<sup>r</sup> Richard MacLachlan, du Collège des médecins de famille du Canada, est de cet avis :

Tant et aussi longtemps que n'aura pas été mis en place dans toutes les régions du pays un programme global de soins palliatifs et de prévention du suicide, nous ne pouvons pas envisager de parler d'aide au suicide et d'euthanasie.

*MacLachlan, 23:6*

On fait également valoir que de bons soins palliatifs permettraient de soulager les souffrances qui conduisent aux demandes d'aide au suicide, sans les inconvénients de l'aide au suicide :

Je pense qu'en soins palliatifs, on n'a pas tout exploité. Exploitions tout, et puis peut-être que l'on dira «oui» à l'euthanasie ou «non»; on le saura.

*Carrier, 3:21*

Malheureusement, les soins palliatifs ne sont pas accessibles à tous les Canadiens. Une grave question, entre autres, est alors soulevée : Pouvons-nous, en tant que société, tolérer une forme quelconque d'euthanasie active si nous ne garantissons pas d'abord que tous les Canadiens ont accès à des soins palliatifs de qualité pour réduire leur souffrance physique et psychologique?

*Mishara, 2:36*

En outre, certains témoins estiment que les soins palliatifs pourraient faire baisser le nombre de demandes d'aide au suicide à un niveau tel que les torts causés par la légalisation l'emporteraient alors nettement sur les avantages. Le D<sup>r</sup> Kinsella, entre autres, exprime cet avis :



Il y aura des cas où nous ne serons pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins des patients. Il s'agira de cas difficiles, c'est tout ce que je peux vous dire. Je ne veux pas paraître inconvenant et je ne veux pas non plus minimiser les horreurs et la souffrance que ces gens endureront, mais il faut faire face à la réalité. Nous ne serons pas en mesure d'aider, comme nous le souhaiterions, certaines personnes. Cela ne veut pas dire que ces rares cas devraient agir sur notre fibre morale et sociale et dicter l'attitude que nous devrions adopter à l'égard des mourants. Je suis moi-même incapable de franchir ce pas. Je ne crois pas que nous devrions changer les codes moraux de notre pays en raison des quelques cas terribles et occasionnels auxquels nous ne pourrions apporter aucune aide.

*Kinsella, 16:20-21*

D'autres témoins font valoir que si l'aide au suicide est autorisée, on aura tendance à délaissier le développement des soins palliatifs au Canada. Un certain nombre de spécialistes en soins palliatifs qui ont comparu devant le Comité sont de cet avis :

[Si l'euthanasie ou l'aide au suicide sont légalisées] la recherche sur le contrôle de la douleur et sur l'accompagnement psychosocial et spirituel du malade risquerait d'être diminuée, voire de devenir non prioritaire. Il en irait de même des programmes de soins palliatifs.

*Carrier, 3:10*

Si la loi était modifiée pour autoriser l'euthanasie ou l'aide au suicide, je crains que cela ne freinerait le mouvement amorcé en faveur des soins aux mourants.

*Latimer, 4:9*

Les témoins qui s'opposent à une modification juridique concernant l'aide au suicide craignent beaucoup les pressions qui pourraient être exercées sur les personnes vulnérables et malades. Des patients peuvent se percevoir comme un fardeau pour leurs proches ou la société en général, ou devenir sensibles à d'autres pressions extérieures, et demander par conséquent qu'on les aide à en finir, même s'ils ne souhaitent pas vraiment mourir. Les représentants de la Conférence des évêques catholiques du Canada et du Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton, ainsi que Pauline Lesage-Jarjoura, du Comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke, abordent la question :

Les démunis, les pauvres, les personnes âgées et tous ceux qui sont vulnérables, seront l'objet de pressions de la part de tiers, voire d'eux-mêmes, si une mort prématurée est disponible. Cette pression pourrait s'accroître dans la mesure où décroissent les ressources pour les soins de santé. Quand la possibilité de choisir la mort devient-elle une obligation?

*Conférence des évêques catholiques du Canada, 22:49*

Nous nous inquiétons des pressions, tant internes qu'externes, exercées sur les malades et ceux qui les soignent en vue de prolonger ou de raccourcir par des moyens artificiels le passage de vie à trépas. L'évolution de la technique médicale et la possibilité d'y recourir pour maintenir les malades en vie ont créé un nouveau contexte dans lequel évaluer le passage de vie à trépas. Toutes ces pressions influencent nos décisions en matière d'euthanasie et d'aide au suicide.

Les pressions internes peuvent comprendre la peur de la mort, bien que pour nombre de personnes âgées, ce ne soit pas tant la mort elle-même qui leur fasse peur comme les douleurs pouvant l'accompagner. La perte de contrôle, la peur de ne pas avoir les moyens de payer le soutien nécessaire pour continuer à vivre et de devenir un fardeau pour les membres de sa famille sont autant de pressions internes qui peuvent influencer sur le désir d'une personne de recourir à l'euthanasie et à l'aide au suicide. Il peut arriver que des personnes prennent des décisions qui ne sont pas au mieux de leurs intérêts, avec l'intention plutôt de protéger leur famille des pressions émotives et financières qui peuvent s'ensuivre. [...] Une des principales craintes soulevées par les membres du Conseil est la vulnérabilité accrue des personnes âgées. Avec l'âge, les capacités physiques et parfois mentales diminuent, la personne devenant souvent dépendante des autres et donc vulnérable à la victimisation. Les abus de nature financière sont très communs, les personnes âgées perdant une partie ou la totalité de leurs économies ou subissant des pressions pour confier à quelqu'un d'autre l'administration de leur revenu mensuel. Dans certains cas extrêmes, des personnes âgées vivent en sachant qu'il y a des gens qui souhaitent leur mort pour profiter de l'héritage qu'elles laisseront.

*Conseil sur le vieillissement, 32:54*

Dans un monde qui ne cherche pas à donner un sens positif à la vieillesse et à la souffrance, il deviendra «normal» de demander d'en finir et «anormal» de vouloir vivre malgré les pressions subtiles du milieu. Il faudra alors justifier sa propre survie.

*Lesage-Jarjoura, mémoire, p. 19*

Certains témoins sont d'avis que composer avec la souffrance et la douleur associées à la mort fait partie de la vie, et que l'on ne peut ni ne doit l'éviter en recourant à des moyens comme l'aide au suicide et l'euthanasie. La souffrance peut rapprocher l'individu et la collectivité, les unir par des valeurs plus élevées. Le D<sup>r</sup> Morissette exprime ce point de vue :

Il faut, et je le crois sincèrement, avoir fréquenté l'école de la souffrance pour comprendre celle des autres, que ce soit nos deuils, petits ou grands, nos pertes, nos arrachements, nos rejets et nos peines d'amour. Parfois, lorsque nous avons su tirer des richesses de nos propres souffrances, lorsque nous en avons été capables, nous en venons à penser que ceux qui n'ont pas souffert n'ont peut-être pas véritablement vécu. La souffrance vécue, qui a un sens, spiritualise l'individu. Je ne glorifie pas ici la souffrance car elle se doit d'être soulagée, mais elle est le lot de notre condition humaine.

*Morissette, 32:10-11*

Plusieurs témoins parlent d'une possibilité de réconciliation ou de croissance, sur le plan personnel et familial, qui peut se présenter dans les derniers mois ou jours de vie et



qui ne pourrait se concrétiser si l'individu optait pour une aide au suicide. Le révérend John Horgan, de l'Association catholique de la santé de la Colombie-Britannique, et Iain Benson, du groupe Médecins du Canada pour le respect de la vie, décrivent le processus :

Au cours des six derniers mois de leur existence, nos patients voient souvent l'espoir sous un jour nouveau. L'espoir prend alors une nouvelle forme. Ce n'est plus l'espoir de guérir qui les anime, mais plutôt celui de revoir les êtres chers, de passer du temps avec eux. C'est pour eux le temps de la réconciliation, du pardon. Quant aux proches, c'est l'occasion pour eux de manifester leur amour, leur compassion, leur affection. Voilà ce que reçoit la personne mourante de ceux qui la soignent et des êtres chers. Les soignants (et je parle en tant que professionnel) reçoivent énormément des patients et de leurs familles.

*Horgan, 14:149*

Il y a un mois, j'étais au chevet d'une très chère amie à moi, âgée de 39 ans, que le cancer allait emporter. Deux mois avant sa mort, elle avait demandé à son époux de l'aider à se suicider. Il avait refusé. Trois jours avant sa mort, elle a vécu une réconciliation extraordinaire avec sa famille. Cette réconciliation n'aurait jamais eu lieu si son vœu de suicide avait été exaucé.

*Benson, 14:24*

Des témoins font valoir que l'aide au suicide pourrait avoir un effet très néfaste sur les membres de la famille, les amis ou les professionnels de la santé proches du patient. À cet égard, on recommande d'étudier davantage les répercussions de l'acte en question sur les personnes associées à celui ou celle qui le réclame. Comme l'indique le représentant de l'Association pharmaceutique canadienne :

Les pharmaciens ne partagent pas tous la même opinion au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide et ne peuvent donc pas en recommander la légalisation. Au Canada et aux États-Unis, le débat sur le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin continue de se concentrer presque exclusivement sur les droits et les responsabilités des deux principaux intervenants, le patient et le médecin. Cela soulève une question importante que l'on oublie souvent d'aborder. Quels sont les droits et les responsabilités des autres intervenants, par exemple, les professionnels de la santé qui pourraient participer à un suicide secondé par un médecin ou à l'euthanasie? Est-ce que ces actes représentent une utilisation appropriée des médicaments d'ordonnance? Un médecin devrait-il faire participer un pharmacien à une aide au suicide ou à un acte d'euthanasie sans son consentement ou à son insu? Les pharmaciens peuvent-ils ou veulent-ils participer sciemment à la mort d'un patient? Dans l'affirmative, dans quelles conditions? D'un point de vue déontologique, l'euthanasie devrait-elle être légalisée?

*Hall, 23:22*

M. Carrier aborde également cette question :

[...] pour avoir suivi des gens, des membres d'une famille qui ont eu à vivre le deuil d'un parent qui s'est suicidé, il semble que le suicide d'un parent, c'est très difficile à recevoir comme héritage moral, spirituel pour un fils ou une fille. Qu'en serait-il de l'euthanasie ou de l'aide au suicide? Quel serait l'impact, la façon de vivre le deuil chez les proches?

*Carrier, 3:11*

Dans son mémoire, Mark Pickup offre le témoignage suivant :

Le Canada ne se compose pas de 27 millions de petites îles! Si je décide de mettre fin à mes jours avec l'aide d'un médecin, cette décision ne touche pas que moi. Elle touche ma femme, mes enfants, ma mère, mes frères et mes soeurs. Aux yeux de mon médecin, cette décision dépréciera sa profession (car au lieu de guérir, mon médecin aura donné la mort), et elle minera de façon générale la relation de confiance entre le médecin et son patient... Nous dépendons tous les uns des autres, comme en témoignent les expressions "famille", "voisins", "communauté" et "citoyenneté". L'autonomie individuelle est un mythe.

*Pickup, mémoire, p. 16*

Un certain nombre de témoins craignent que la décriminalisation de l'aide au suicide ne mine la confiance entre les patients et les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé. Ils redoutent que l'aide au suicide ne viole l'éthique médicale, que soient mis en cause les motifs des soignants :

Dans les relations entre le médecin et son patient, la confiance se fonde essentiellement sur le fait que les patients sont convaincus que leur médecin ne leur fera pas de mal. L'aide au suicide et l'euthanasie pourraient bien saper cette confiance, en nuisant aux relations entre médecin et patient et en empêchant une communication honnête et franche entre eux.

*McGregor, 4:55*

Dans le passé, la profession médicale a rejeté et interdit l'euthanasie active et le suicide avec l'aide d'un médecin en tant qu'actes médicaux. Cette interdiction découle du principe relié au serment d'Hippocrate, à savoir qu'on ne doit pas causer de mal [...] Manifestement et sans aucun doute, si l'euthanasie active et l'aide au suicide étaient acceptées sur le plan juridique, l'enseignement et l'apprentissage de la médecine comprendraient une série d'éléments incompatibles et macabres. La médecine telle que nous la connaissons disparaîtrait dans un environnement de ce genre. La tradition d'Hippocrate disparaîtrait elle aussi, tradition qui pendant des décennies consistait à ne pas causer de mal.

*Kinsella, 16:7, 11*

Plusieurs médecins signalent que, compte tenu des restrictions économiques imposées au régime de santé, on risque de recourir à l'aide au suicide plus souvent que prévu si elle est légalisée. Le D<sup>r</sup> Jim Lane, du groupe Médecins canadiens pour le respect de la vie, et le D<sup>r</sup> Roy expriment tous deux des inquiétudes à cet égard :



Ce sont les derniers mois d'un patient qui sont les plus coûteux. Bon nombre de gens estiment impensable que des patients soient tués pour économiser de l'argent, mais la possibilité existe.

*Lane, 14:26*

À une époque où il est difficile de dispenser des soins adéquats aux patients, à cause des compressions budgétaires, nous voyons des malades atteints du sida qui ne reçoivent pas les médicaments nécessaires pour traiter de graves infections. Dans un tel contexte, une loi qui autoriserait et sanctionnerait l'euthanasie pourrait devenir un outil en fin de compte beaucoup trop commode pour la société.

*Roy, 22:11*

Certains témoins considèrent que si l'aide au suicide est légalisée, il sera impossible d'établir des lignes directrices permettant de prévenir les abus, peu importe le soin qu'on y mettra. De toute façon, il sera toujours difficile de veiller au respect de telles lignes directrices :

En tant qu'avocats, nous pouvons affirmer sans risque que notre expérience collective a démontré que tout système de lignes directrices juridiques, en dépit des meilleures intentions, engendre inévitablement des erreurs, du simple fait que ces lignes directrices sont administrées par des êtres humains et que tous les humains commettent des erreurs et des fautes.

*Thomas More Lawyers' Guild, 12:9*

Je pense que toute garantie, quelle qu'elle soit, comporte des failles et des risques d'échec. Nous savons que ce que font et disent les médecins aux patients se déroule dans le privé et ne concerne que le médecin et son patient. Dans le cas de l'euthanasie, les seuls témoins en mesure de se prononcer sur le respect des garanties seraient morts. L'autre témoin ne porterait jamais d'accusations contre lui-même. Les garanties législatives en ce qui concerne l'aide médicale au suicide protègent le médecin contre d'éventuelles poursuites, mais ne protègent ni le patient ni le public. Je pense qu'il est de mon devoir en tant que médecin, et du devoir de ma profession, d'expliquer au public à quel point il serait difficile de surveiller et de contrôler le respect des garanties ou des mesures de précaution.

*Lane, 14:26*

On craint également qu'il soit difficile d'empêcher que des actes d'euthanasie non volontaire, ou même des meurtres, ne soient déguisés en aide au suicide :

Comme les motifs jouent un très grand rôle dans l'aide au suicide, ainsi d'ailleurs que dans l'euthanasie, peut-on être certain que c'est l'esprit de miséricorde qui entre en jeu, et non des sentiments moins avouables?

*Keyserlingk, 1:44*

Enfin, on craint qu'une éventuelle décriminalisation n'envoie pas le bon message aux groupes de notre société les plus vulnérables au suicide. Comme le souligne M. Gary McPherson, président du conseil du premier ministre de l'Alberta sur la condition des personnes handicapées :

Le Canada a constaté l'existence d'un problème de suicide parmi ses jeunes et a réagi en posant la question suivante : «Comment prévenir le suicide?» Le Canada a constaté l'existence d'un problème de suicide chez les peuples autochtones et a réagi en posant la question suivante : «Comment prévenir le suicide?» Le Canada a constaté l'existence d'un problème de suicide chez les personnes handicapées et a réagi en posant la question suivante : «Comment faire pour les aider à se tuer?»

*McPherson, 18:53*

### Arguments des témoins en faveur de la décriminalisation de l'aide au suicide

Les témoins en faveur de la décriminalisation ont invoqué le respect du principe de l'autonomie ou de la capacité d'autodétermination. D'après le D<sup>r</sup> Boisvert :

Est-ce que la vie a une valeur transcendante? Est-ce que cette valeur transcende littéralement toute chose? La réponse, bien simple, c'est carrément «non». Nous ne transfusions pas les témoins de Jéhovah; nous autorisons les gens à refuser un traitement qui ne fera que prolonger leur agonie. Au Canada, et dans la plupart des pays occidentaux à l'heure actuelle, la vie n'a pas une valeur transcendante. Nous reconnaissons que le seul fait de vivre n'est pas suffisant. Il faut qu'il y ait autre chose. L'autonomie de la personne ou du patient peut être plus importante que la vie.

*Boisvert, 6:29*

En ce qui concerne le principe de l'autonomie, le D<sup>r</sup> Wallace cite un extrait du rapport publié en 1983 par la Commission de réforme du droit du Canada :

La loi doit aussi reconnaître, comme elle le fait d'ailleurs à l'heure actuelle de façon implicite, le principe de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne, c'est-à-dire le droit de chaque être humain de voir sa volonté respectée lorsqu'il s'agit de décisions portant sur son corps. Il faut admettre, à notre avis, que chaque être humain est en principe maître de sa propre destinée. Il est libre toutefois, pour des raisons morales ou religieuses, de s'imposer des restrictions ou des limites à son droit d'autodétermination. Là n'est pas la question. Ces limites ne doivent pas lui être imposées par la loi en dehors des hypothèses où l'exercice de ce droit est susceptible de nuire à l'ordre public ou aux droits des autres.<sup>17</sup>

Le D<sup>r</sup> Wallace ajoute :

Malheureusement, la Commission de réforme du droit a manqué de courage lorsqu'elle a fait ses recommandations car elle a conclu que, puisque des poursuites sont rarement intentées et que la peine est habituellement suspendue, il n'y avait aucune raison de modifier la loi. Voilà un bel exemple d'un cas où l'on met la charrue avant les boeufs. Je crois plutôt qu'une loi qui est rarement

---

17 Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, p. 42.



invoquée et qui, si elle est appliquée, aboutit à des peines ridiculement légères, est inutile.

*Wallace, 15:84*

Certains témoins estiment que lorsqu'il est impossible de soulager les souffrances d'un mourant, il devient justifié d'autoriser l'aide au suicide. M. Tom Sigurdson, de l'Alberta, donne le témoignage suivant basé sur sa propre expérience :

La douleur physique était présente tous les matins, quand on la lavait, puis encore le soir. La douleur physique était incroyable et l'indignité, horrible, chaque fois qu'il fallait lui vider l'intestin manuellement [...] Personne ne devrait avoir à subir la douleur et l'indignité qu'a endurées ma femme. Son corps la trahissait, et on aurait dû la laisser mourir au moment de son choix [...] Je comparais devant le Comité pour vous demander, non, pour vous implorer, de recommander au Parlement de permettre aux malades en phase terminale d'exercer un choix, le choix de quitter ce monde lorsqu'ils sont convaincus qu'il n'y a plus de qualité de vie pour eux ou lorsque leurs douleurs et leurs souffrances sont trop grandes. Si Cynthia avait eu ce choix, il y aurait eu un moment où je l'aurais embrassée pour une dernière fois et où je l'aurais tenue dans mes bras jusqu'à son dernier souffle. Au lieu de cela, il me reste le souvenir obsédant d'une douleur atroce et d'un regard vide. Je prie pour que bientôt aucun Canadien n'ait plus à endurer la douleur et l'indignité contre sa volonté.

*Sigurdson, 15:122-123*

Certains témoins font observer au Comité qu'une agonie prolongée peut priver certaines personnes de leur dignité, de leur indépendance et du contrôle de leur vie, ce qui pour elles constitue une situation intolérable. C'est ce que soulignent le professeur Kluge, et Marilyn Seguin de l'organisation Mourir dans la dignité :

En public et en privé, M<sup>me</sup> Rodriguez avait fait savoir très clairement que la mort qui l'attendait, sa qualité aussi bien que sa nature, et l'état de dépendance absolue qu'elle supposait, lui étaient inacceptables. Ses valeurs fondamentales et son sens de la dignité personnelle s'en trouvaient violés.

*Kluge, 2:13*

Toute la question est là — la liberté de choisir et de définir ce qui est tolérable et ce qui ne l'est pas [...] Nous devons avoir une vision plus large pour comprendre et admettre ce que peut être une souffrance pour quelqu'un d'autre.

*Séguin, 7:44-45*

Le Conseil unitaire explique que dans les cas où la maladie porte atteinte à la dignité du patient, c'est un acte de clémence de le laisser mourir si tel est son souhait :

Le point de vue unitarien est que la loi actuelle, qui n'autorise pas l'aide au suicide, est à la fois inéquitable et insuffisamment compatissante. Il est injuste de contraindre quelqu'un à vivre contre son gré. Une loi qui n'autorise pas une telle personne à demander de l'aide manque de compassion. Les Unitariens considèrent donc que la loi doit être changée de manière à traiter avec compassion les désirs clairement énoncés des personnes qui estiment que leur maladie incurable sape leur dignité et la valeur de leur vie.

*Kiely, 14:62*

Certains témoins soulignent que la société canadienne accorde une telle valeur à la liberté de conscience et de religion ainsi qu'à la diversité culturelle, qu'elle les a consacrées dans la *Charte canadienne des droits et libertés* :

Nous affirmons le droit de conscience et le recours au processus démocratique tant à l'intérieur de nos congrégations que dans la société en général. Ce principe reflète également une tension dynamique entre les droits de l'individu et les droits de la collectivité. Nous avons déjà précisé que nul n'a le droit de dicter à autrui ses croyances ou valeurs. Nous affirmons le droit de chaque membre et ami de nos sociétés de formuler son opinion sur toute question de conscience, car nous considérons que la libre communication des valeurs et des idées ne peut que faire avancer le débat.

*Kiely 14:62-63*

Des témoins soulèvent également la question de l'égalité. Ils font valoir qu'il n'est pas illégal de se suicider, mais que les seules personnes à qui la loi interdit de le faire sont celles qui en sont physiquement incapables. Comme le souligne Martin Campbell, de Mourir dans la dignité :

Le cas de Sue Rodriguez montre à quel point la loi actuelle est discriminatoire à l'endroit des personnes handicapées. Je peux me suicider parce que j'en suis physiquement capable, mais une personne qui ne l'est pas, pour des raisons médicales ou autres, se voit interdire ce choix.

*Campbell, 7:21*

Ce souci d'égalité sous-tend l'argument selon lequel le maintien de la criminalisation de l'aide au suicide risque de pousser certains patients atteints d'une maladie débilitante à se donner la mort plus tôt qu'ils ne le voudraient. D'après le professeur Kluge :

Le *Code criminel* contraint parfois le patient à acheter le maintien de sa dignité, mais au prix d'une mort précipitée et prématurée. Quelquefois, il pousse la personne à une mort indigne, horrible et effroyable, alors même qu'on prétend protéger l'«humanité» de cette personne.

*Kluge, 2:9*

Certains témoins soutiennent que la décriminalisation entraînerait en fait une baisse du nombre de demandes d'aide au suicide. L'aide au suicide offrirait aux patients un genre d'assurance psychologique, de sorte qu'ils craindraient moins la possibilité d'une mort douloureuse et avilissante. Le professeur Schafer, Sheila Noyes et le D<sup>r</sup> Buckman abordent tous la question :

Il se peut que seul un petit nombre de Canadiens aient besoin, le moment venu, de l'aide d'un médecin pour mettre fin à leurs jours. Toutefois, madame la présidente, de très nombreux Canadiens trouveraient très réconfortant et très sécurisant de savoir que, s'ils en avaient besoin, ils pourraient obtenir l'aide d'un médecin compatissant pour mourir avec dignité.

*Schafer, 18:129*



Les personnes atteintes d'une maladie qui les rend complètement impuissantes doivent avoir le choix. Il faut qu'elles sachent qu'avant que leurs souffrances ne deviennent intolérables, elles pourront choisir une mort rapide, paisible et certaine. Forts de cette certitude, les mourants n'attendraient plus dans la terreur, et les derniers mois de leur vie s'en trouveraient enrichis. Ils pourraient combattre leur maladie le plus longtemps possible et profiter des derniers jours qu'il leur reste à passer avec leur famille.

*Noyes, 18:7*

L'aide au suicide, c'est comme les sorties d'urgence ou les gilets de sauvetage dans un avion. On ne s'en sert que très rarement; cependant, tous les passagers sont rassurés de les savoir à bord des appareils. Si quelqu'un nous invitait à monter dans son avion mais précisait qu'il n'y a pas de gilet de sauvetage à bord ou de sortie d'urgence, la plupart d'entre nous serions extrêmement nerveux.

*Buckman, 26:4*

Le Comité a entendu les témoignages de M. Ogden et d'autres personnes sur les effets de suicides ratés :

Dans bien des cas, ces actes se déroulent dans des conditions effroyables. On recherchait une mort facile et rapide. Cependant, ce n'est pas toujours ce qui se produit. Les cicatrices psychiques qui marquent les survivants sont incommensurables.

*Ogden, 14:76*

[Les suicides ont souvent lieu] en cachette, parfois avec l'aide du médecin mais pas toujours. Je suis tout à fait d'accord avec Russell Ogden qui en vient à la conclusion que nombre des personnes qui ont tenté de mettre fin à leurs jours sans l'aide d'un médecin n'ont réussi qu'à exacerber leur souffrance et leur douleur.

*Rowand, 9:37*

Certains témoins affirment que la meilleure façon d'éviter le risque de dérive et de protéger les personnes vulnérables consiste à réglementer de façon rigoureuse l'aide au suicide puisque, selon eux, on y a déjà recours malgré son caractère illégal. Comme le souligne M. Bureau :

Grâce à un cadre strict de pratique et de balises pour la protection du mourant, les abus lors de l'euthanasie et de l'assistance à l'auto-euthanasie [aide au suicide] seront grandement réduits. Selon moi, il vaut mieux avoir une certaine tolérance exceptionnelle de cette pratique dans un système ouvert que l'interdire officiellement tout en la laissant faire dans un système secret, clandestin et souvent hors de toute solidarité et de tout contrôle. Les abus sont toujours moins nombreux dans un système ouvert, sans ambiguïtés, solidaire, compatissant et respectueux de la personne.

*Bureau, 4:36*

Le D<sup>r</sup> Boadway maintient qu'il vaut mieux discuter ouvertement de tels incidents et les régler plutôt que de laisser l'aide au suicide dans la clandestinité :

Je crois que la population canadienne serait mieux servie par une recommandation qui décriminaliserait des actes qui se font tous les jours au pays, après une consultation exhaustive et pertinente entre les médecins et les patients. Il est possible de s'assurer que des décisions franches et libres sont prises et de définir quand l'euthanasie ou l'aide au suicide pourraient se pratiquer sans crainte d'abus. La loi actuelle n'est pas appliquée ni applicable. Il vous incombe donc de la changer pour qu'elle traduise les valeurs des Canadiens et ait un sens pour la société et pour les tribunaux.

*Boadway, 20:77-78*

M<sup>me</sup> Mullens décrit ce qui se produira si l'on ne modifie pas la loi actuelle :

Que se passera-t-il si les gouvernements ne font rien? Je pense que ces lois seront de plus en plus contestées, mais que les jurys et les juges hésiteront de plus en plus à sanctionner. La loi deviendra de plus en plus inapplicable et dénuée de sens [...] Ainsi, le laisser-faire règnera, sans surveillance, sans formalité ou sans aucun système de contrôle [...] Voilà, je pense, la véritable pente glissante.

*Mullens, 30:6*

Certains témoins réclament la décriminalisation de l'aide au suicide parce que les sondages d'opinion publique ne cessent de montrer que la majorité des Canadiens y est favorable :

Si les sondages d'opinion nationaux sont exacts, une majorité de plus en plus grande de Canadiens souhaite une telle légalisation.

*Kiely, 14:63*

La légalisation de l'aide médicale à la mort, telle qu'envisagée dans le contexte du recours à des consultants et comités en soins palliatifs, tient compte de l'autonomie du patient, du respect de la personne, et du souci de protéger et d'appuyer le médecin, et elle semble être conforme à l'opinion de la population.

*Verhoef, 18:85*

D'après quelques témoins, si l'on accepte l'administration d'un traitement qui soulage la douleur mais précipite la mort de même que l'abstention et l'interruption de traitement de survie, il faut également accepter l'aide au suicide. Selon M. Considine, avocat de Sue Rodriguez :

Nous reconnaissons déjà le choix des patients relativement à l'interruption de la vie lorsqu'un patient demande le retrait des appareils de survie ou qu'il refuse dès le départ d'y être branché. Ce sont là des choix conscients faits par le patient en possession de ses facultés une fois que les médecins lui ont expliqué les différentes possibilités.

Elle existe également jusqu'à un certain point dans le cas des soins palliatifs. Nous admettons que le principe des soins palliatifs est d'apaiser la douleur



mentale et physique. Nous reconnaissons également que ces soins peuvent avoir comme effet secondaire de hâter la mort.

Si nous reconnaissons que le patient peut avoir le choix relativement à ces options, alors le patient qui se trouve dans des circonstances semblables, c'est-à-dire qui est atteint d'une maladie incurable, qui est lucide, et qui s'est fait expliquer toutes les possibilités par le médecin et dont le médecin est convaincu qu'il les a bien comprises, devrait clairement avoir le droit de recourir à l'aide médicale au suicide dans les étapes finales de sa maladie.

*Considine, 14:20*

Le professeur Schafer est également de cet avis :

Aucun de ces arguments, ni celui-là [c'est-à-dire la difficulté de déterminer la capacité] ni aucun des autres que vous avez entendus, ne milite de façon plus décisive ou plus convaincante contre l'euthanasie ou l'aide au suicide qu'il ne milite, comme je l'ai dit au début de mon exposé, contre ce que j'ai appelé «l'euthanasie indirecte» ou encore les «soins palliatifs» ou «l'euthanasie passive» ou les «soins appropriés».

*Schafer, 18:130*

### Délibérations du Comité

Dans son mémoire, l'*Association du Barreau canadien* résume ainsi le dilemme auquel fait face le Comité :

L'euthanasie et l'aide au suicide soulèvent des questions fondamentales touchant l'ordre ou l'intérêt publics auxquelles ont été confrontés tous les tribunaux appelés à statuer sur le sujet. Une bonne partie du droit canadien, à l'image de la société qu'il reflète et renforce, est consacrée à la protection des personnes vulnérables et de la vie humaine en général; le caractère sacré de la vie est un principe fondamental sur lequel repose une bonne partie de notre tradition juridique. D'autres intérêts publics sont également en jeu, notamment la protection de la profession médicale contre la perte de confiance ou d'intégrité. En même temps, notre système juridique protège et défend le droit de l'individu à prendre ses propres décisions et à se former une opinion, aussi différente soit-elle du point de vue de la société qui l'entoure.<sup>18</sup>

Les membres du Comité ont été appelés à se pencher sur de multiples aspects de la vie et de la mort : la vie comme valeur fondamentale dans toute société, l'autonomie comme valeur individuelle et la souffrance comme réalité généralement associée à la fin de la vie.

Pour un certain nombre de questions, les témoins défendent la même fin mais ne s'entendent pas sur les moyens. Le Comité a pris en considération les propos du D<sup>r</sup> Mount :

---

18 Mémoire de l'Association du Barreau canadien, p. 4-5.

Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un débat national portant sur la notion de mort digne parce que, me semble-t-il, les tenants des deux points de vue opposés seraient en faveur de la notion de mort digne. Deuxièmement, je ne pense pas qu'il soit utile de polariser le débat autour d'une option pro-vie ou pro-choix. Une fois de plus, je pense que les tenants des deux options considéreraient qu'ils défendent les deux points de vue. Troisièmement, je pense que le débat ne porte pas sur l'interruption ou le maintien de traitements inappropriés visant à prolonger la vie, puisqu'il s'agit d'une question débattue au Canada et dans d'autres pays depuis trois décennies et au sujet de laquelle on est parvenu à un large consensus. [...] Quatrièmement, le débat ne porte pas non plus sur la notion de double effet, c'est-à-dire sur le risque que le traitement donné pour atténuer les souffrances du malade ait pour effet de raccourcir sa vie, car cela peut se produire à la suite de la prestation de soins palliatifs de bonne qualité. Il s'agit d'une question tout à fait distincte de celle qui a trait à l'euthanasie ou à l'aide au suicide. Cinquièmement, je pense que le débat porte sur la meilleure façon dont le Canada, en tant que nation, peut réagir au genre de souffrances dont nous avons entendu parler.

*Mount, 5:26-27*

Tout au long de ses audiences, le Comité a entendu plus de 150 témoins qui ont exprimé les points de vue les plus divers. Bien que ses membres n'aient eu aucune difficulté à dégager un consensus sur les questions abordées dans les chapitres précédents, ils sont loin d'être parvenus à s'entendre en ce qui a trait à l'aide au suicide. Le Comité a étudié une série complexe de facteurs étroitement liés : le mourant, sa famille, son milieu social, les pratiques médicales actuelles et la prestation des divers services de santé. Le Comité s'est fait dire qu'un faible pourcentage de Canadiens à l'agonie ne veulent pas que leur maladie se prolonge parce qu'ils craignent de subir des souffrances intolérables ou les subissent, ou parce qu'ils ne veulent pas perdre leur dignité et n'avoir aucun contrôle le processus de la mort.

Les membres du Comité diffèrent d'opinion sur la meilleure façon pour la société de traiter cette question. Bien qu'ils reconnaissent les différents arguments et points de vue d'ordre éthique présentés, ils nourrissent tous de profondes inquiétudes sur les conséquences d'une légalisation de l'aide au suicide.

Ils reconnaissent également que l'autonomie de la personne et l'intérêt de la société peuvent parfois entrer en conflit, et qu'il faut à l'occasion limiter cette autonomie dans l'intérêt de la société. Certains membres sont d'avis qu'il faut offrir une aide aux mourants sous d'autres formes que l'aide au suicide, car ils estiment que l'intérêt de la société au titre du respect de la vie doit avoir préséance. D'autres considèrent qu'une souffrance intolérable justifie une aide au suicide. Le Comité convient cependant de la nécessité de faire preuve de tolérance et de respect envers les points de vue divergents.

### **Opinions des membres qui s'opposent à la modification de la législation actuelle**

Ces membres se préoccupent surtout de préserver la valeur fondamentale du respect de la vie. Ils estiment que la légalisation de l'aide au suicide pourrait saper le respect de la vie, qui est selon eux la valeur la plus universellement acceptée dans la société. Rares sont les pays démocratiques qui permettent l'aide au suicide. Dans une société pluraliste,



le respect de la vie est une valeur sociétale qui transcende les valeurs individuelles et religieuses ou les différentes valeurs culturelles.

Ils craignent également les risques associés à la modification de la législation actuelle. Selon eux, la légalisation pourrait donner lieu à des abus, surtout envers les membres les plus vulnérables de la société. Les personnes malades et de santé fragile dépendent tout particulièrement de leur entourage et du système de soins de santé. Par la force des choses, et souvent inconsciemment, elles cèdent le contrôle sur leur vie au système et à ceux qui prennent soin d'elles. C'est pourquoi il serait difficile pour d'autres de déterminer si un choix éclairé a été fait sans contrainte. Si l'aide au suicide est légalisée et socialement acceptée, comment les attentes des proches pourraient-elles ne pas influencer sur la décision du patient, surtout si ce dernier a l'impression d'être un fardeau pour sa famille?

Ces membres pensent que des patients pourraient se sentir obligés de demander une aide au suicide en raison de la pénurie de ressources financières et institutionnelles. Les compressions financières que subit l'infrastructure des soins de santé pourraient aussi pousser certains, peut-être inconsciemment, à encourager les patients à mourir plus rapidement pour plus de commodité. Compte tenu de tous les facteurs susmentionnés, il pourrait être difficile de déterminer si une demande d'aide au suicide est bel et bien volontaire.

On exprime également des inquiétudes au sujet de la «pente glissante». La législation, si elle est modifiée en ce qui concerne les personnes capables, pourrait finir par l'être à l'égard des personnes incapables.

Par ailleurs, certains de ces membres pensent que si l'aide au suicide est légalisée alors que l'euthanasie volontaire demeure une infraction criminelle, il se pourrait qu'on crée une inégalité contraire à l'article 15 de la *Charte*. Les personnes qui sont physiquement incapables de se prévaloir d'une aide au suicide ne pourraient mettre fin à leur vie, alors que les autres pourraient en principe le faire. Ces membres préfèrent maintenir l'interdiction visant l'aide au suicide plutôt que de risquer d'ouvrir la porte à l'euthanasie.

La capacité de contrôler, de superviser et d'appliquer adéquatement les mesures de protection les plus strictes est un autre facteur qui entre en ligne de compte pour ces membres. L'expérience de la Hollande démontre que les lignes directrices ne sont pas toujours respectées. Ils estiment qu'une société ne peut pas adopter une politique favorable à l'aide au suicide sans amorcer un processus pouvant s'avérer difficile à maîtriser.

Parmi eux, certains soulignent que l'autonomie de la personne ne saurait être absolue puisque chacun a besoin d'autrui pour réaliser ses buts, et qu'en outre les actions d'un individu ont un effet sur ses proches et sur la société dans son ensemble. Il faut limiter les droits individuels dans la mesure où ils causent du tort à d'autres personnes. Il peut sembler injuste ou dur dans un cas précis d'interdire l'aide au suicide, mais les répercussions néfastes de la décriminalisation sur la conscience collective ont plus de poids. Comment la société peut-elle sanctionner le recours à l'aide au suicide sans transmettre comme message que le suicide est une solution appropriée? Compte tenu du

taux inacceptable de suicide chez les jeunes, particulièrement chez les autochtones, comment la société peut-elle justifier quelque mesure que ce soit laissant entendre que l'aide au suicide est une réponse légitime à la souffrance? La décriminalisation aurait pour effet de banaliser la mort et de présenter celle-ci comme une solution aux problèmes.

En outre, pour ces membres, «mourir dans la dignité» ne se réduit pas à choisir l'heure de sa mort ou une façon de mourir, mais comporte le droit de recevoir jusqu'à la fin les soins nécessaires pour soulager la douleur et d'être traité avec attention et compassion, autrement dit le droit de sentir que l'on reste une personne. Il y a dignité dans la mort lorsque la personne peut faire face aux dernières étapes de la vie avec le sentiment qu'elle vaut quelque chose et qu'elle est l'objet des soins, de la sollicitude et de la compassion auxquels ont droit tous les êtres humains.

Parmi ces membres, certains jugent nécessaire d'effectuer d'autres études sur le sujet. Vu le manque d'information disponible, ils estiment pouvoir difficilement, pour l'instant, donner leur appui à une modification de la législation, mais n'écartent pas l'idée d'y revenir plus tard.

### **Opinions des membres qui sont favorables à la modification de la législation actuelle**

Ces membres ont été sensibles aux témoignages entendus et aux nombreuses lettres reçues par le Comité qui décrivaient les souffrances de personnes atteintes de maladies débilitantes et irréversibles. Ils se préoccupent de la perte d'autonomie subie par de nombreux patients du fait de leur condition, perte que peut aggraver l'attitude paternaliste que certains établissements de santé et professionnels de la santé adoptent envers ceux qu'ils soignent. Tout en reconnaissant la valeur et le potentiel de meilleurs soins palliatifs et d'un traitement de la douleur optimal, ils font remarquer qu'il reste encore un petit pourcentage de patients dont les souffrances ne seraient pas soulagées par de telles mesures. Le chiffre cité le plus souvent par les témoins est 5 p. 100.

Quoi qu'il en soit, ces membres estiment qu'une proportion relativement faible de patients qui entrent dans cette terrible catégorie choisiraient l'option de l'aide au suicide si elle était offerte. Bon nombre d'entre elles seraient simplement réconfortées de savoir qu'elles pourraient obtenir de l'aide pour se suicider si elles en éprouvaient le besoin. Cela leur donnerait prise sur leur vie et protégerait ainsi leur droit à l'autonomie tout en diminuant leur peur de souffrir.

Ces membres sont d'avis que le serment d'Hippocrate ne devrait pas limiter le rôle du médecin dans la société. La pratique de la médecine, nos lois et nos normes culturelles ont énormément évolué au fil des siècles. Même si de nombreux médecins considèrent que leur mission est avant tout de «guérir», ils devraient jouer un rôle beaucoup plus vaste, c'est-à-dire prendre soin des malades de même que les réconforter et soulager leurs souffrances. Si aucun moyen ne permet de soulager la douleur et les souffrances des patients en phase terminale, ces derniers devraient pouvoir demander qu'on les aide à se suicider.



Malgré la décision rendue dans l'affaire *Rodriguez*, certains de ces membres considèrent que les dispositions actuelles du droit criminel portent atteinte aux droits à l'égalité prévu à l'article 15 de la *Charte*. Selon eux, bien que l'alinéa 241b) du *Code criminel* semble neutre dans son libellé, son effet ne l'est pas; il interdit le suicide aux personnes physiquement incapables de mettre fin à leurs jours sans aide, alors que cette possibilité est ouverte, sans contrevenir à la loi, aux personnes qui n'ont pas besoin d'aide.

Ils estiment que, d'une certaine façon, on est déjà engagé sur une «pente glissante». A leur avis, l'aide au suicide, quoique illégale, se pratique en ce moment même, et ce sans contrôles appropriés. Le risque d'abus est donc accru, car les personnes vulnérables ont plus à craindre d'une aide médicale non réglementée à la fin de la vie que de changements législatifs assortis des sauvegardes appropriées. D'après ces membres, insister sur le maintien du statu quo par peur du changement risque fort de causer plus de tort que des exemptions, réfléchies et soigneusement rédigées, à la disposition législative actuelle.

C'est pourquoi ces membres voudraient qu'on adopte une exemption au *Code criminel* permettant l'aide au suicide et assortie des mesures de sauvegarde clairement définies. Le ministre de la Justice, en collaboration avec ses homologues provinciaux et territoriaux, devrait entamer des discussions avec les représentants de l'Association médicale canadienne et les autres organismes nationaux qui réglementent les professions de la santé afin d'élaborer de telles mesures. Celles-ci devraient comprendre, à tout le moins, les éléments suivants :

- La personne doit être capable et souffrir d'une maladie irréversible provoquant des douleurs intolérables, ce que confirme un médecin.
- La personne doit faire la demande d'aide au suicide librement et en connaissance de cause, sans y être poussée.
- La personne doit avoir été informée de son état, du pronostic et des possibilités de recevoir des soins de confort, par exemple des soins palliatifs, et elle doit comprendre pleinement la signification de ces renseignements.
- La personne doit avoir été informée et comprendre pleinement qu'elle a le droit de changer d'idée à tout moment à propos de son intention de se suicider.
- Un professionnel de la santé doit s'assurer et certifier que toutes les conditions qui précèdent ont été respectées.
- Personne ne devrait être obligé de fournir une aide au suicide.

Les membres en question estiment qu'on doit établir des règlements pour assurer la surveillance et l'application des mesures de sauvegarde au niveau gouvernemental

approprié, et qu'on doit tenir des dossiers sur toutes les demandes et tous les cas d'aide au suicide et sur la suite qui y a été donnée. Afin d'éviter les abus, les mesures de sauvegarde doivent prévoir l'examen du cas avant et après l'aide au suicide.

Si le gouvernement décide de prendre en considération les recommandations de ces membres, ces derniers insistent pour que le libellé des mesures de sauvegarde nécessaires soit mis à la disposition de tous les parlementaires, ne serait-ce que sous forme d'ébauche, avant la tenue du débat sur le texte de loi.

### **Recommandations du Comité**

**Le Comité recommande qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 241a) du *Code criminel*, qui interdit de conseiller le suicide.**

**Une majorité de membres recommande que l'alinéa 241b) du *Code criminel* demeure également inchangé.**

**Une majorité recommande qu'on cherche à déterminer combien de personnes demandent l'aide au suicide, pourquoi, et s'il existe des solutions de rechange qu'elles pourraient trouver acceptables.**

**Une minorité recommande l'ajout d'une exception à l'alinéa 241b) du *Code criminel* afin de protéger la personne qui en aide une autre à se suicider dans la mesure où elle respecte des mesures de sauvegarde clairement définies. Ces mesures devraient comprendre, à tout le moins, les éléments énumérés dans le présent chapitre, à la rubrique «Délibérations du Comité». En outre, afin de prévenir les abus, les mesures de sauvegarde doivent prévoir l'examen du cas avant et après l'acte en question.**



## Chapitre VII

### L'euthanasie

---

**L**e Comité a défini l'euthanasie comme étant un *acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances*. L'euthanasie, c'est, par exemple, injecter une substance létale à une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

L'euthanasie est *volontaire* lorsqu'elle est pratiquée conformément aux vœux d'une personne capable, que ces vœux aient été exprimés de vive voix ou au moyen d'une directive préalable valide. Par exemple, un professionnel de la santé administre une substance mortelle à un patient capable qui souffre, à la demande de celui-ci.

L'euthanasie est *non volontaire* lorsqu'elle est pratiquée sans qu'on connaisse les vœux du patient, soit parce qu'il a toujours été incapable, soit parce qu'il l'est devenu sans avoir laissé de directive préalable. Par exemple, une fille fait mourir par suffocation son père incapable qui est atteint de SLA avancée, mais qui n'a pas indiqué ses vœux pendant qu'il était capable.

L'euthanasie est *involontaire* lorsqu'elle est pratiquée à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalable valide. Par exemple, un neveu donne une injection mortelle à son oncle capable qui est atteint de cancer, mais qui ne veut pas l'injection.

### État du droit

Aux termes du *Code criminel*, toute forme d'euthanasie est illégale au Canada; c'est également le cas dans les autres pays.<sup>19</sup> Les actes d'euthanasie constituent un meurtre au premier degré ou au deuxième degré au Canada, bien qu'ils puissent faire l'objet de poursuites sous des chefs d'accusation autres que le meurtre et que cela se soit effectivement produit.<sup>20</sup>

---

19 On trouvera à l'Annexe P du présent rapport un examen plus détaillé de l'état du droit en matière d'euthanasie dans différents pays.

20 Le texte intégral des dispositions du *Code criminel* pouvant s'appliquer dans les cas d'euthanasie est reproduit à l'Annexe F du présent rapport.

La législation criminelle au Canada est basée sur l'intention et non sur le motif. Le motif n'entre en ligne de compte qu'à l'étape du prononcé de la sentence quand aucune peine obligatoire n'est prévue. Le fait qu'un acte d'euthanasie ait eu pour motif de soulager la souffrance ne change rien à la mise en accusation. Comme l'explique l'Association du Barreau canadien dans son mémoire:

Dans le système canadien, le motif (distinct de l'intention de commettre les actes en question) n'a jamais été pertinent en ce qui a trait aux éléments d'une infraction; autrement dit, il n'a jamais constitué un facteur dans l'établissement de la responsabilité criminelle. [...] Le motif entre en ligne de compte au moment du prononcé de la sentence et non lorsqu'on se penche sur les éléments d'une infraction.<sup>21</sup>

Aux termes de notre droit criminel, les actes d'euthanasie devraient faire l'objet d'inculpation et de poursuite pour meurtre au premier ou au deuxième degré; dans les faits, il est rare qu'il en soit ainsi. Souvent, le manque d'uniformité dans la procédure tient à la difficulté d'obtenir une condamnation. Il s'ensuit qu'une même situation peut n'avoir aucune conséquence juridique, ou au contraire donner lieu à des accusations allant de l'administration d'une substance délétère jusqu'au meurtre au premier degré.

Parallèlement, les peines peuvent aller, pour la même conduite, de la probation avec travaux communautaires à l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans.<sup>22</sup> Dans la plupart des cas, les peines imposées sont relativement légères car les accusations sont habituellement portées pour des infractions réduites. De plus, au moment de la détermination de la peine, les tribunaux ont tendance à tenir compte non seulement du motif de l'infraction, mais aussi d'autres facteurs comme l'expression de la volonté de mourir par le défunt.

Le coroner en chef adjoint de l'Ontario, M. Jim Cairns, a confirmé au Comité que les poursuites pour euthanasie et les peines imposées varient selon les tribunaux. Il a décrit, pour l'illustrer, trois procès récents en Ontario :

---

21 Mémoire de l'Association du Barreau canadien, mars 1995, p. 12.

22 Pour des exemples montrant comment les accusations portées et les peines imposées varient d'une cause à l'autre, voir les résumés de décisions de tribunaux canadiens à l'Annexe L du présent rapport.



Dans le premier cas, le fils du malade a augmenté le dosage de la pompe à perfusion de morphine. Le père, cancéreux en phase terminale, s'était mis d'accord avec son fils pour que ce dernier ne le laisse pas dépérir trois ou quatre jours durant et qu'il augmente la dose de morphine. [...] Lorsque notre bureau a été saisi de cette affaire, il est ressorti clairement [...] que le fils avait délibérément augmenté la dose de morphine dans le but de tuer son père. [...] Le fils a plaidé coupable de méfait susceptible de mettre la vie d'autrui en danger et il a fait l'objet d'une probation.

Le deuxième cas [...] concerne un infirmier qui a injecté du potassium à un patient. L'infirmier a été initialement accusé de meurtre au premier degré. [...] Cet infirmier a fini par plaider coupable d'avoir administré un produit nocif; il a été condamné à trois ans de prison avec sursis et a accepté volontairement de ne plus jamais travailler dans le domaine des soins infirmiers ou de la santé.

Le dernier cas concerne un médecin qui a injecté du potassium à un patient. À l'audience préliminaire, le médecin a été accusé de meurtre au second degré. [...] Ce cas concernait un médecin connu au sein d'une collectivité où il avait fait beaucoup de bon travail. La question qui se posait était la suivante : un jury pourrait-il le déclarer coupable d'avoir commis un meurtre au second degré (c'est ce que prévoit la loi actuelle) ou le déclarerait-il non coupable et aurions-nous, par défaut, une situation où la loi actuelle ne serait pas maintenue? En raison de plusieurs faits, le médecin a convenu de plaider coupable d'avoir administré un produit nocif, ce qui lui a valu d'être condamné avec sursis.

*Cairns 20:7*

À propos de l'état du droit en matière d'euthanasie, le professeur Bernard Dickens, de la Faculté de droit de l'Université de Toronto, explique :

Le problème que soulève dans ce cas la disposition relative au meurtre est qu'en vertu du *Code criminel*, la peine minimum pour le meurtre est l'emprisonnement à perpétuité. Le meurtre au premier degré se distingue du meurtre au second degré non pas par la peine imposée mais pour ce qui est de l'admissibilité à la libération conditionnelle; les personnes déclarées coupables de meurtre au premier degré ne peuvent, sauf exception, être admissibles à la libération conditionnelle avant d'avoir purgé 25 ans de prison. Les personnes déclarées coupables de meurtre au deuxième degré, la seule autre possibilité, ne sont pas admissibles à la libération avant dix ans. Il arrive que les poursuivants trouvent que ces peines sont trop sévères et le jury semble souvent réticent à imposer des peines qu'il considère excessives.

*Dickens, 10:31-32*

### **Lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne de la Colombie-Britannique**

Comme on a l'indiqué dans le chapitre précédent, la Colombie-Britannique est, à l'heure actuelle, la seule province où le procureur général a émis des lignes directrices prévoyant l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire dans les cas où un rapport de police «révèle qu'une personne a contribué, par compassion, à provoquer la mort d'autrui». Aux termes des lignes directrices de la Colombie-Britannique, un médecin n'est poursuivi au

criminel pour euthanasie active que s'il y a une forte probabilité d'obtenir sa condamnation et si l'intérêt public l'exige.

### Opinions des témoins

De nombreux témoins avaient exploré les difficiles questions entourant l'euthanasie à la lumière de leur propre expérience. Leur opinion sur le sujet était fortement influencée par leur vécu. M<sup>me</sup> Noyes a confié ses réflexions au Comité :

J'ai appris beaucoup en voyant ma mère souffrir. J'ai appris qu'une seule personne ressent la douleur physique et c'est le mourant. [...] Par conséquent, seule cette personne peut déterminer si, dans de telles circonstances, sa vie vaut ou non la peine d'être vécue. [...] Il est tout aussi injustifiable du point de vue moral de refuser aux gens le droit d'aider quelqu'un à mourir qu'il le serait d'obliger les gens à choisir cette option contre leur volonté.

*Noyes, 18:6*

M. Walter Lawrence, qui a témoigné avec l'organisation Evangelical Fellowship of Canada, a expliqué au Comité comment son opinion s'est forgée à la suite d'un plongeon qui l'a laissé quadriplégique :

Je pense que nous sommes tous habités par le désir de contribuer, de faire du bien autour de nous. Mais trop souvent nous concevons cette contribution de façon étroite. [...] Une fois que ce moyen de contribuer est parti, on dirait qu'il ne reste plus rien. À cette époque (et croyez-moi, j'ai parlé de suicide à beaucoup de gens), les gens auraient pu me dire «C'est vrai, Walt, que ta vie ne vaut plus grand-chose. Nous allons t'aider et exaucer ton désir d'en finir avec la vie». Ils ne l'ont pas fait. Dieu merci, ils ne l'ont pas fait.

*Lawrence, 15:63*

Certains témoins ont parlé de la fréquence des cas d'euthanasie au Canada, sans toutefois s'entendre sur l'ampleur du phénomène. Par exemple, le D<sup>r</sup> Wyman, président de l'Ontario Medical Association, prenant la parole en son nom propre, a tenu les propos suivants :

J'ai parlé à des médecins qui ont participé directement à ce processus. Je sais pertinemment que cela se produit régulièrement. Ceux qui prétendent le contraire ou bien ne parlent pas à beaucoup de médecins ou ferment les yeux sur les statistiques.

*Wyman, 20:81*

M. David Thomas, un procureur de la Couronne de Timmins, en Ontario, abonde en ce sens :



La cause dont je me suis occupé m'a permis de constater que l'euthanasie se pratique couramment au Canada, autant l'euthanasie passive que l'euthanasie active, sous l'apparence de soins palliatifs énergiques. Au moment où on se parle, on pratique probablement une euthanasie qui, le plus souvent, n'est ni signalée ni découverte. Même dans le procès dont je me suis occupé, les possibilités de détection étaient très minces.

*Thomas, 29:41*

Par contre, le D<sup>r</sup> Gordon Crelinsten, du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, indique au Comité que :

L'acte volontaire et délibéré de provoquer la mort, dans les hôpitaux où j'ai exercé ma profession au Québec, est extrêmement rare, voire inexistant.

*Crelinsten, 20:40*

Voici ce que dit pour sa part le D<sup>r</sup> Kinsella :

J'ai obtenu mon diplôme de médecin en 1957. J'ai pratiqué au Québec, en Ontario, à Dallas au Texas, et en Alberta. En toute honnêteté, je n'ai jamais personnellement rencontré un médecin, que ce soit de façon formelle ou officieuse, qui pratiquait, selon la définition que j'en ai donnée, l'euthanasie active ou l'aide au suicide. Il y a des médecins qui disent que ces pratiques sont beaucoup plus courantes qu'on ne le pense. Si c'est le cas, je ne sais pas où elles ont lieu.

*Kinsella, 16:14-15*

Le Comité a entendu différents arguments juridiques, éthiques et sociaux en faveur et contre l'euthanasie. Souvent, ils s'apparentaient aux arguments avancés à propos de l'aide au suicide, même si quelques-uns s'appliquaient plus particulièrement à l'euthanasie.

### **Arguments des témoins contre la décriminalisation de l'euthanasie**

La principale raison donnée par certains témoins pour interdire l'euthanasie est la valeur fondamentale de la vie. M<sup>gr</sup> Bertrand Blanchet, de la Conférence canadienne des évêques catholiques, explique ce qui suit :

La justice d'une société s'évalue par sa capacité à promouvoir et à protéger la vie de ses membres, compte tenu que la vie constitue la base de tous les autres biens dans la société. [...] Les traditions juridiques, philosophiques et religieuses de l'Occident ont mis l'accent sur la défense de la vie contre toute agression.

*Blanchet, 22:45-46*

D'après le D<sup>r</sup> McGregor :

Notre société se fonde sur un décret selon lequel on ne doit pas tuer son prochain. Peut-on dans ces conditions faire exception à l'application d'un principe fondamental de la société en disant : «Il ne faut pas tuer, certes, mais dans ce cas précis, nous pouvons le faire». Je crains qu'en agissant ainsi, on ne déclenche toute une série d'événements qui risquent de rendre la vie encore plus compliquée qu'elle ne l'est déjà.

*McGregor, 4:59*

Certains témoins sont d'avis que la légalisation de l'euthanasie pourrait exercer une pression sur des groupes vulnérables qui ont le sentiment d'être un fardeau pour autrui. C'est ce que pensent les D<sup>rs</sup> McGregor et Latimer :

Les personnes faibles, dépendantes et vulnérables se sentent souvent dévalorisées et ont le sentiment d'être un fardeau inutile pour leurs proches, peut-être même pour la société, comme me l'ont dit certains patients. Ces personnes se sentiront peut-être obligées de réclamer l'euthanasie si elle est légalisée.

*McGregor, 4:53*

Il n'est pas rare que les personnes gravement malades aient l'impression d'être une charge pour leur entourage, et surtout ceux qui les soignent. Nous craignons donc que, par générosité, certaines personnes demandent à ce qu'on mette fin à leur vie. Des pressions subtiles peuvent s'exercer dans ce sens.

*Latimer, 4:7*

D'autres témoins pensent, comme le D<sup>r</sup> Roy, que la légalisation de l'euthanasie volontaire engagerait la société sur une pente glissante :

Les gens en faveur de l'euthanasie ont tendance à croire qu'elle ne serait pratiquée que sur des personnes l'ayant demandée dans un processus de consentement éclairé, lucide, libre et sans aucune coercition. Je crois cependant qu'il serait très difficile pour une société de résister longtemps aux pressions qui s'exerceraient (si l'euthanasie volontaire devenait acceptable) pour euthanasier des personnes dont la vie ne semblerait plus avoir aucun sens, aucun but ni aucune valeur.

*Roy, 22:9*

Un certain nombre de témoins s'inquiètent de ce que les décisions au sujet de l'euthanasie, si elle était décriminalisée, puissent être influencées par des considérations économiques touchant les services de santé :

Il pourrait être tentant, alors que le système de santé coûte cher dans les différentes provinces canadiennes, de tenter de régler ce problème économique en faisant mourir nos vieillards, grabataires et confus, qui occupent des lits dans nos centres hospitaliers. Et il ne faut pas se le cacher, les vieillards, dans nos centres hospitaliers, quoi qu'il y ait eu une évolution ces dernières années, ne sont pas si bienvenus dans le monde des soignants. On dit souvent qu'ils prennent de la place, qu'ils prennent trop de place et qu'ils prennent des lits.

*Carrier, 3:9*



La question du respect et du soutien à accorder aux malades chroniques et aux personnes handicapées laisse également entrevoir la possibilité inquiétante d'un lien indirect entre l'euthanasie et des ressources limitées en matière de soins de santé. Jamais on ne proposerait de politique officielle sur l'euthanasie dans l'optique d'économiser de l'argent. Mais, une fois la politique instaurée, comment pourrait-on s'assurer que des considérations financières ne viendraient pas influencer sur les décisions prises au sein d'établissements, d'organismes et même de familles?

*Mémoire de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, p. 8*

Un aspect important [...] est celui de la situation de conflit d'intérêt économique dans lequel se trouve la profession médicale relativement à l'euthanasie. La BCMA [British-Columbia Medical Association] négocie pour obtenir des fonds dont elle a besoin et son budget est plafonné. Si nous dépassons notre budget, l'argent supplémentaire doit nécessairement sortir de la poche des médecins de la Colombie-Britannique. Ce même modèle est utilisé dans la plupart des provinces du pays. Si l'euthanasie était légalisée et s'il pouvait être démontré que le fait d'euthanasier des patients économiserait de l'argent au système, alors la profession médicale se trouverait dans une situation de conflit d'intérêt entre les soins à donner aux patients et le rationnement des fonds.

*Lane, 14:26*

On s'inquiète de ce que les groupes vulnérables soient les plus touchés par ces pressions économiques. Si l'euthanasie devenait une option, cela pourrait inciter de façon subtile les groupes en question à la demander, parce qu'ils auraient le sentiment d'être un fardeau pour autrui :

Nous craignons que, en légalisant l'euthanasie, les pressions sociales et économiques ne contraignent les personnes âgées, les infirmes et les incapables à devoir justifier quotidiennement leur droit de vivre. Ce serait une tragédie si, en légalisant l'euthanasie à titre d'acte de compassion, on condamnait une partie de la collectivité à devoir justifier sa décision de vivre et d'occuper une place dans les établissements de soins.

*Thompson, 14:52*

Certains témoins considèrent que la souffrance peut avoir un sens et favoriser la croissance personnelle du patient s'il est entouré de sa famille et de ses amis :

Il est possible d'accompagner la souffrance, de la rendre tolérable et de lui donner un sens. Il est possible de transformer l'événement "mourir" en un événement significatif, vivable et plein de richesses. Il est possible de créer des lieux où le malade souffrant, en phase terminale, va vivre plutôt que mourir, et rencontrer une équipe qui va le supporter, incluant sa famille. [...] Il est possible ainsi de transformer le mourir en un événement naturel de croissance. Pendant cette période de temps, l'individu va vivre comme un humain et croître au lieu de déchoir physiquement comme l'on voit souvent. À la déchéance physique, on ajoute un élément de confort, de sérénité, d'amour puisque l'équipe vit au sein d'une famille, dans un contexte où l'amitié, l'amour et le respect s'épanouissent.

*Dionne, 13:6*

D'autres signalent que les derniers moments de la vie d'un patient peuvent parfois resserrer les liens entre ce dernier, sa famille et ses amis :

Les infirmières et infirmiers qui travaillent auprès de malades chroniques et de malades en phase terminale croient souvent que la vie vaut la peine d'être vécue jusqu'à sa fin naturelle. Ils nous ont dit que l'imminence de la mort rapproche les gens et permet au malade d'accéder à une certaine quiétude. Les membres de la famille vivent parfois les derniers jours, les dernières semaines ou les derniers mois comme un temps précieux durant lequel ils peuvent exprimer leur amour pour leurs proches et mieux les apprécier.

*Association des infirmières et infirmiers du Canada, 19:5*

De nombreux professionnels de la santé craignent que leur participation à des actes d'euthanasie volontaire nuise à la relation de confiance entre le patient et le médecin. M. Carrier exprime l'opinion suivante :

Il y aurait également risque que la population perde confiance dans les professionnels de la santé et dans nos institutions. Qui va assurer le malade que son médecin ne pratiquera pas l'euthanasie au moment où il sera en phase terminale?

*Carrier, 3:10*

Le D<sup>r</sup> Lane abonde dans le même sens :

Nous, médecins, avons le grand privilège de nous faire confier les préoccupations et les paroles de nos patients et les soins à leur donner. Nous savons à quel point cette confiance est fragile et combien il est facile de la miner lorsqu'on ne fait pas ce qui est dans l'intérêt de nos patients. L'euthanasie menace ces rapports de confiance entre le médecin et ses patients.

*Lane, 14:25*

### **Arguments des témoins en faveur la décriminalisation de l'euthanasie**

Certains témoins affirment que chacun a le droit de choisir quand et comment il mourra:

Ma conviction profonde à ce sujet est assez claire; chacun de nous est maître de sa destinée et nous avons le droit de décider de notre mort.

*Wallace, 15:89*

D'autres pensent que l'euthanasie est une réponse charitable et adéquate à la souffrance:

Quand la personne la demande, je considère que l'euthanasie est un acte chrétien positif, un acte moral, non pas quelque chose dont on doit s'excuser. «Heureux les miséricordieux car ils obtiendront miséricorde», voilà un enseignement qui me rejoint beaucoup plus que les efforts intenses que l'on fait pour tirer quelque enseignement que ce soit de la souffrance et de la vie. La souffrance nous enseigne effectivement quelque chose, mais vient un moment où le patient n'a plus rien à en tirer, ni les personnes qui aiment ce patient.

*Dickey, 8:58*



D'autres témoins vont plus loin et affirment que la douleur et la souffrance intolérables justifient la décriminalisation de l'euthanasie volontaire. M. Alister Browne exprime ce qui suit au nom de la British Columbia Civil Liberties Association :

Il existe beaucoup d'arguments, mais le plus puissant, le plus évident et le plus direct, c'est que nous avons le droit de réduire au minimum notre souffrance, que nous avons le droit de conserver notre dignité. Parfois, la seule façon d'y parvenir, c'est de mourir et, parfois aussi, nous avons besoin d'aide pour mourir.

*Browne, 14:126*

Des témoins ont dit au Comité que la possibilité de demander l'euthanasie volontaire sécuriserait et rassurerait les gens qui sont face à la mort, même s'ils ne passent jamais à l'acte. Le révérend Kiely a fait part au Comité de son expérience :

Ce que craint ma mère, c'est la souffrance. [...] Elle ne fait guère confiance aux médecins. Ses médecins lui ont promis les meilleurs traitements antidouleurs et lui ont assuré qu'elle ne souffrira pas indûment, mais elle ne les croit pas. Elle reste inquiète. Ce qui semble l'avoir calmée, c'est la promesse que je lui ai faite que si la souffrance devenait insupportable, je viendrais mettre fin à ses jours. [...] En vérité, vu le caractère de ma mère, son courage et ses convictions religieuses, je doute être jamais amené à le faire. Je peux déclarer avec assurance, car elle vient de me le dire, que le seul fait de savoir qu'il y a une issue si la douleur devient trop terrible lui a donné la paix de l'esprit et allégé sa souffrance.

*Kiely, 14:65*

D'après des témoins, on ne doit pas imposer son point de vue à autrui dans une société pluraliste. Voici le témoignage du D<sup>r</sup> Donald Bailey, de l'Association manitobaine des droits et libertés :

L'État n'a pas à imposer à quiconque des convictions religieuses, mais il peut les respecter. Si vous vous opposez à certaines conceptions morales, très bien. Vous n'avez pas à les approuver, mais vous ne devriez pas non plus refuser à autrui le droit de choisir de faire ce que vous réprouvez.

*Bailey, 17:33*

Certains témoins, persuadés que l'euthanasie se pratique déjà, considèrent qu'il vaut mieux la réglementer afin de minimiser les abus :

À mon avis, ne pas tenir compte de la réalité comme on le fait maintenant, c'est aller à l'encontre de l'intérêt des patients ou du public. Il est préférable d'adopter un règlement quelconque que de faire l'autruche et de continuer à nier cette réalité.

*Rowand, 9:38*

Par ailleurs, certains témoins invoquent des sondages d'opinion publique réalisés au cours des dernières années pour faire valoir que la population canadienne semble généralement en faveur d'une aide à la mort, sous une forme ou une autre :

Au Canada, selon les sondages, plus de 70 p. 100 des gens sont en faveur d'une aide à la mort pour les personnes en fin de vie; au Québec, le taux atteint 80 p. 100.

*Bureau, 4:36*

Il sera très difficile au gouvernement de modifier la législation dans ce domaine. Pourtant, si l'on parle de la société, et si l'on en croit les sondages, 78. p. 100 des Canadiens souhaitent un changement.

*Mullens, 30:15*

D'aucuns estiment qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre d'une part l'euthanasie, d'autre part des mesures comme l'abstention et l'interruption de traitement ou l'administration d'un traitement qui soulage la douleur mais précipite la mort :

Dans l'ensemble, nous semblons réussir assez bien à déterminer si le patient est capable de faire un choix en matière de soins palliatifs et de prendre des décisions de fin de vie concernant l'interruption ou l'abstention de traitement. Je ne vois pas pourquoi il serait plus difficile, plus problématique, plus dangereux ou plus risqué de laisser les patients prendre le même genre de décisions quant à savoir si, comme dans le cas de Sue Rodriguez, ils ont besoin de l'aide d'un médecin pour mettre fin à leurs jours.

*Schafer, 18:130*

M<sup>me</sup> Monique Coupal, de la Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée, explique pourquoi certains sont en faveur d'un changement à la législation sur l'aide au suicide et l'euthanasie :

Les directrices des soins infirmiers ou les soignants qui nous ont dit être mal à l'aise et souhaiter un amendement à la loi, font face à des questionnements devant des souffrances qu'on ne peut plus soulager adéquatement, ou s'interrogent quant aux nuances entre le respect d'un refus de traitement qui peut aller aussi loin que de ne plus hydrater, de ne plus nourrir quelqu'un, ce qui entraîne la mort.

*Coupal, 32:51*

### Délibérations du Comité

Les extraits suivants illustrent les différents points de vue que les membres du Comité ont pris en considération. Voici ce qu'on peut lire à ce sujet dans le document de travail de 1982 de la Commission de réforme du droit :



Pour tous les systèmes de droit modernes, la protection de la vie humaine constitue une valeur fondamentale. Les lois, quels que soient leurs variations spécifiques et le contexte culturel, politique ou social dans lequel elles s'épanouissent, sanctionnent toutes cette valeur à des degrés divers. Elles interdisent l'homicide; elles punissent les actes constituant un danger ou une menace sérieuse pour la vie d'autrui. La préservation de la vie n'est toutefois pas une valeur absolue en soi, même pour le système juridique canadien. S'il en était ainsi, en effet, on n'aurait pas décriminalisé la tentative de suicide, ni reconnu la légitime défense.<sup>23</sup>

Dans l'arrêt *Rodriguez*, le juge Sopinka a exprimé l'avis que même si l'on s'entend généralement pour dire que la vie humaine doit être respectée, on accorde un certain droit de cité à l'opinion selon laquelle la qualité de la vie fait partie intégrante de ce principe :

[...] On admet maintenant que le principe du caractère sacré de la vie n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix. Il est en effet reconnu, du moins par certains, qu'il inclut des considérations relatives à la qualité de la vie et qu'il est soumis à certaines limites et restrictions tenant aux notions d'autonomie et de dignité de la personne.<sup>24</sup>

Cinq membres de l'Association du Barreau canadien, dans un mémoire présenté en leur nom propre au Comité en mars 1995, en arrivent à la conclusion suivante :

Quelle que soit la position qu'on adopte en fin de compte, il y aura toujours un manque de protection contre les mauvais traitements, le besoin de soins améliorés pour les mourants, y compris sur les plans de l'éducation et du traitement de la douleur, et la nécessité d'un meilleur dialogue public sur les véritables frontières de la mort et du mourir dans notre société. En ne légalisant pas l'euthanasie et l'aide au suicide, on ne met pas fin à la quête de solutions meilleures et mieux adaptées pour soulager nos malades incurables ou en phase terminale.<sup>25</sup>

### *Euthanasie non volontaire*

De nombreuses décisions médicales peuvent être assimilées à des actes d'euthanasie non volontaire. Elles concernent des personnes incapables dont les désirs ne sont pas connus. Les personnes en état végétatif persistant et les nouveau-nés gravement handicapés peuvent entrer dans cette catégorie. Même si le Comité a reçu très peu de témoignages à cet égard, il reconnaît que les cas du genre posent de graves problèmes aux professionnels de la santé ainsi qu'aux membres des familles chargés de décider au nom de patients qui sont inaptes à exprimer leurs vœux et qui ne l'ont jamais fait. Ces

23 Commission de réforme du droit, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, p. 3.

24 *Rodriguez c. Colombie-Britannique*, supra n°. 5, p. 595.

25 Mémoire de Janice Dillon, J.C. Marc Richard, Lucille Birkett, David Golden et Christine Glazer, p. 25.

situations nécessitent une plus grande clarification et davantage d'étude, et la profession médicale devrait jouer un rôle de premier plan à ce chapitre.

Le Comité a néanmoins discuté de ce qu'il est convenu d'appeler les meurtres par pitié ou par compassion, et il est d'avis que les dispositions actuelles du *Code criminel* présentent certaines lacunes dans les situations où une personne, motivée par la compassion ou la pitié, provoque la mort d'un incapable qui est aux prises avec des douleurs intolérables à la dernière étape de sa vie. Selon la loi actuelle, les cas d'euthanasie non volontaire devraient entraîner des poursuites pour meurtre au premier degré étant donné que l'acte causant la mort est planifié et délibéré. La peine prévue pour le meurtre au premier degré est l'emprisonnement à perpétuité, sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans.

Les membres du Comité pensent qu'il existe une différence entre le fait de donner la mort par compassion et les autres formes de meurtre. Les jurys hésitent souvent à condamner lorsque le motif du crime était la compassion ou la pitié, en particulier s'il s'agissait d'une personne en fin de vie. Par conséquent, il arrive souvent qu'une négociation de plaidoyer aboutisse à une accusation sous des chefs moins graves ou qu'une infraction soupçonnée ne fasse pas l'objet de poursuites. Ainsi, la pratique du droit ne coïncide pas avec la lettre de la loi. C'est pourquoi les membres du Comité sont d'avis qu'il faudrait imposer une peine moins sévère que ne le prévoit actuellement le *Code criminel* dans les causes comportant un élément de pitié ou de compassion. Toutefois, cet élément doit être clairement défini et délimité.

### *Euthanasie volontaire*

Le Comité n'a pas pu établir exactement l'envergure du phénomène de l'euthanasie volontaire, surtout parce que les gens sont peu enclins à parler ouvertement d'actes illégaux; on a cependant informé le Comité que des demandes d'euthanasie sont effectivement formulées et que des vies sont bel et bien supprimées prématurément dans le but de mettre fin à la souffrance.

Les membres du Comité conviennent qu'il n'y a aucune raison pour ne pas soulager les souffrances qui peuvent l'être. C'est sur la meilleure façon de répondre aux besoins de ceux dont les souffrances ne peuvent être apaisées qu'ils ne s'entendent pas.

Une autre question à laquelle les membres du Comité se sont constamment butés est celle de l'équilibre à atteindre entre deux intérêts différents : les droits de l'individu et les intérêts de la société. Jusqu'à quel point peut-on protéger les droits individuels à l'autonomie et à l'autodétermination sans compromettre l'intérêt de la société à défendre le principe du respect de la vie humaine?

Les membres du Comité n'ont pas toujours été d'accord sur les réponses à donner à ces questions et à d'autres du même genre, et leurs recommandations traduisent ces divergences d'opinions.



### a) Opinions des membres qui s'opposent à l'euthanasie volontaire

La majorité de ces membres s'opposent à l'euthanasie volontaire pour les mêmes raisons qu'ils s'opposent à l'aide au suicide, mais ils formulent une objection supplémentaire en ce qui concerne l'euthanasie volontaire. Selon eux, il existe une différence fondamentale entre l'aide au suicide et la pratique de l'euthanasie : dans le premier cas, la personne qui meurt est le principal agent de la mort, alors que dans le deuxième, cet agent est une autre personne. Comme l'euthanasie volontaire suppose l'intervention directe d'un tiers, ces membres estiment qu'on ne pourra jamais établir des mesures de sauvegarde permettant de s'assurer du consentement libre et volontaire du patient. Or, de telles mesures sont essentielles pour prévenir les abus et empêcher une dérive vers l'euthanasie non volontaire.

La majorité de ces membres rejettent à la fois l'aide au suicide et l'euthanasie volontaire, car ils considèrent que si l'on accepte la première, il faut également autoriser la seconde. En décriminalisant l'aide au suicide et non l'euthanasie volontaire, on contreviendrait à l'article 15 de la *Charte*, visant les droits à l'égalité : les personnes physiquement capables de se prévaloir d'une aide au suicide pourraient choisir quand et comment mourir, choix dont seraient privées les personnes qui en sont physiquement incapables. Certains membres craignent que l'on porte préjudice au bien commun si la législation est modifiée pour les rares cas où le traitement de la douleur est inefficace. Selon eux, en définissant de manière plus précise l'abstention et l'interruption de traitement, en donnant une meilleure formation au personnel qui s'occupe des personnes atteintes d'une maladie irréversible et en améliorant la gestion des soins palliatifs et du contrôle de la douleur, on apporterait une réponse appropriée dans la plupart des cas. Tout en reconnaissant qu'il reste un petit nombre de cas où un traitement convenable est impossible, ils considèrent que cela ne justifie pas la légalisation de l'euthanasie car une telle mesure exposerait les personnes les plus vulnérables à de graves risques et porterait atteinte à la vie comme valeur fondamentale dans la société.

Ces membres estiment également qu'il existe une distinction morale entre l'euthanasie et les pratiques légitimes que sont l'abstention et l'interruption de traitement de survie et l'administration d'un traitement destiné à apaiser la douleur au risque d'abrégé la vie. Dans le cas de l'euthanasie, l'*intention* est de causer la mort, par opposition à l'*intention* d'apaiser la souffrance dans d'autres décisions de fin de vie; de plus, ils ont observé qu'il existait énormément de confusion quant à la définition des termes utilisés.

Ces membres sont sceptiques quant aux résultats des sondages d'opinion souvent cités par les témoins favorables à une modification de la législation actuelle. Ils trouvent inquiétant que l'on accepte ces résultats tels quels sans une analyse attentive des questions posées et sans savoir quelle connaissance avaient les répondants du sujet en question.

Un membre du Comité, favorable à une modification des dispositions législatives concernant l'aide au suicide, ne croit pas toutefois qu'il faille modifier celles visant l'euthanasie. Il estime qu'en matière d'aide au suicide et d'euthanasie, la société canadienne doit procéder avec lenteur. Le mieux est d'adopter une approche progressive. L'aide au suicide constitue la première étape puisque l'agent principal de la mort est la

personne mourante. Comme cette personne a le dernier mot au sujet de la situation, elle a la possibilité de changer d'avis à la dernière minute. Par contre, on ne doit pas envisager l'euthanasie volontaire pour l'instant, car il risque d'être impossible de concevoir et d'instaurer des mécanismes de contrôle suffisants pour prévenir les abus.

Bien que tous ces membres s'opposent à l'euthanasie volontaire et insistent pour qu'elle continue à être interdite par le *Code criminel*, ils estiment que les peines prévues à l'heure actuelle ne sont pas appropriées dans les cas où intervient un élément essentiel de compassion ou de pitié. Selon notre droit criminel, l'euthanasie volontaire, tout comme l'euthanasie non volontaire, constitue un meurtre au premier degré parce que la mort est causée avec préméditation et de propos délibéré. Ils considèrent que la peine obligatoire, soit l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 25 ans, est trop sévère dans de tels cas et qu'il faudrait la réduire. Ils insistent toutefois sur l'importance de définir clairement et strictement cet élément de compassion ou de pitié afin de bien circonscrire les possibilités de bénéficier d'une peine plus clément.

### **b) Opinions des membres qui sont favorables à l'euthanasie volontaire**

Ces membres considèrent que l'argument relatif aux droits à l'égalité fondé sur l'article 15 de la *Charte* est convaincant. Si l'aide au suicide est autorisée, comme elle devrait l'être à leur avis, il faut que l'euthanasie volontaire le soit également afin d'éviter l'inégalité de traitement dont feraient l'objet les personnes physiquement incapables de se prévaloir de l'aide au suicide.

Les membres favorables à des changements estiment que le principe de l'autonomie qui justifie l'abstention et l'interruption de traitement de survie justifie également l'euthanasie volontaire. De même, à leur avis, l'administration d'un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégier la vie s'apparente à l'euthanasie volontaire; dans tous ces cas, la mort du patient est une conséquence prévisible.

Selon eux, les médecins qui considèrent que leur rôle se limite à guérir excluent un aspect important de leur fonction dans la société, à savoir apporter réconfort et soutien aux malades, ce qui englobe l'apaisement de la douleur. Pour ces membres, l'euthanasie peut constituer une réponse humanitaire à la souffrance quand il est impossible de la soulager autrement.

Ils estiment qu'il faudrait modifier le *Code criminel* afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes qui jouissent de toutes leurs facultés, mais qui sont physiquement incapables de se prévaloir de l'aide au suicide. Cette modification devrait prévoir des mesures de sauvegarde identiques ou semblables à celles recommandées pour l'aide au suicide. Selon eux, le fait que la personne mourante demande la mort dans les cas d'euthanasie volontaire, contrairement à ce qui se passe pour les autres types d'euthanasie, justifie une certaine forme de légalisation.

### *Euthanasie involontaire*

Le Comité estime que l'acte par lequel on met fin aux jours d'une personne contre sa volonté constitue un meurtre et doit continuer d'être traité comme tel.



## Recommandations du Comité

### *Euthanasie non volontaire*

Le Comité recommande que l'euthanasie non volontaire demeure une infraction criminelle.

Le Comité recommande qu'on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère dans les cas où intervient l'élément essentiel de compassion ou de pitié. Le Parlement devrait envisager les options suivantes :

- on pourrait créer une troisième catégorie de meurtre qui entraînerait une peine moins sévère que la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité ; ou
- on pourrait créer une infraction distincte d'homicide par compassion qui entraînerait une peine moins sévère.

Les éléments essentiels de compassion ou de pitié doivent être clairement et strictement définis afin de limiter les cas admissibles à une peine moins sévère.

Le Parlement devrait fixer la peine appropriée.

### *Euthanasie volontaire*

Une majorité des membres du Comité recommande que l'euthanasie volontaire demeure une infraction criminelle. On devrait toutefois modifier le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère, semblable à celle prévue pour les cas d'euthanasie non volontaire où intervient l'élément essentiel de compassion ou de pitié.

Une minorité recommande qu'on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes lucides qui sont physiquement incapables de se prévaloir d'une aide au suicide. Cette modification serait assujettie à des mesures de sauvegarde semblables ou identiques aux mesures minimales énoncées dans le chapitre sur l'aide au suicide.

Une minorité de membres recommande en outre que, si l'euthanasie volontaire demeure une infraction criminelle, on modifie le *Code criminel* afin de permettre l'imposition d'une peine moins sévère, semblable à celle prévue pour l'euthanasie non volontaire.

Le Comité recommande qu'on cherche à déterminer combien de personnes demandent l'euthanasie, pourquoi, et s'il existe des solutions de rechange qu'elles pourraient trouver acceptables.

### ***Euthanasie involontaire***

**Le Comité recommande que l'euthanasie involontaire continue d'être interdite en vertu des dispositions actuelles du *Code criminel* relatives au meurtre.**



## Conclusion

---

**L**a présente étude traite des questions les plus importantes concernant l'aide au suicide et l'euthanasie. Toutefois, il reste à analyser minutieusement différents problèmes en ce qui a trait à l'euthanasie non volontaire et aux décisions de fin de vie, notamment dans le cas des personnes en état végétatif persistant et des nouveau-nés gravement handicapés.

Les délibérations du Comité sont le résultat d'un examen attentif d'opinions, de connaissances empiriques et de convictions morales qui lui ont été communiquées par les témoins et dans de multiples mémoires. Ses conclusions traduisent un consensus dans un bon nombre de domaines ainsi que des divergences de vues sur certaines des questions les plus fondamentales. Ses membres espèrent que leur rapport facilitera le débat au sein de la population et à l'échelon des gouvernements.

Le Comité a cherché à respecter et à refléter les vues de la société canadienne sur les questions complexes de l'aide au suicide et de l'euthanasie. Il croit que si le débat se poursuit dans une atmosphère de tolérance et d'empathie, on pourra résoudre les problèmes tout en maintenant un équilibre entre le droit individuel de choisir et le bien de l'ensemble de la société canadienne.





## – Annexe A

# Témoins entendus aux audiences publiques

*Tous les mémoires reçus par le Comité ont été déposés à la Bibliothèque du Parlement. Les commentaires au sujet du rapport sont les bienvenus et peuvent être envoyés par courrier ordinaire, par télécopieur au (613) 947-2104 ou par courrier électronique (sencom@magi.com).*

Témoïn	Fascicule n <sup>o</sup>	Date
<b>Action pour la vie</b> Ottawa (Ontario) ✍ Carroll Rees, directrice exécutive ✍ Jonathan Bloedow, membre et attaché de recherche	8	1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>AIDS Committee of Toronto</b> Toronto (Ontario) ✍ Allan Stewart, membre du Conseil ✍ Carole Yaworsky, directrice exécutive	12	5 juillet 1994
<b>Alberta Indian Health Care Commission</b> Edmonton (Alberta) ✍ Randy Bottle ✍ Richard Saunders	30	13 décembre 1994
<b>Alberta Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities</b> Edmonton (Alberta) ✍ Gary McPherson, président	18	30 septembre 1994
<b>Alliance pour la vie</b> Winnipeg (Manitoba) ✍ Anna Desilets, directrice exécutive ✍ D <sup>r</sup> Karel Gunning ✍ Patricia Soenen	17	29 septembre 1994
<b>Alliance pour la vie (Ontario)</b> Guelph (Ontario) ✍ Jakki Jeffs, directrice exécutive	08	1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>Archevêché de Vancouver</b> Vancouver, (Colombie-Britannique) ✍ Le Révérendissime Adam Exner, archevêque de Vancouver ✍ Peter Ryan	15	27 septembre 1994
<b>Association canadienne des soins palliatifs</b> Ottawa (Ontario) ✍ Dr Paul Henteleff, président ✍ Fay Struthers	05	11 mai 1994

## Témoins entendus aux audiences publiques

---

### Association canadienne pour la prévention du suicide

Montréal (Québec) 02 20 avril 1994  
 ✎ D<sup>r</sup> Brian L. Mishara, président

### Association canadienne pour l'intégration communautaire

North York (Ontario) 23 16 novembre 1994  
 ✎ Paulette Bertiaume, présidente  
 ✎ Diane Richler  
 ✎ John Bartram

### Association catholique canadienne de la santé

Ottawa (Ontario) 14 26 septembre 1994  
 ✎ D<sup>r</sup> Helen Hays  
 ✎ Elly Englefield  
 ✎ Bridget Campion  
 ✎ Gerry Hiebert

### Association catholique manitobaine de la santé

Winnipeg (Manitoba) 18 30 septembre 1994  
 ✎ Pat Murphy  
 ✎ D<sup>r</sup> Larry Reynolds

### Association de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick

Fredericton (Nouveau-Brunswick) 20 17 octobre 1994  
 ✎ D<sup>r</sup> Gordon Fergusson

### Association des hôpitaux du Canada

Ottawa (Ontario) 19 5 octobre 1994  
 ✎ Carol Clemenhagen, présidente  
 ✎ Mary Anne Bourque

### Association des hôpitaux du Québec

Montréal (Québec) 19 5 octobre 1994  
 ✎ D<sup>r</sup> Paul Landry  
 ✎ D<sup>r</sup> Gilles Voyer  
 ✎ Me Pierre Bourbonnais

### Association des infirmières et infirmiers du Canada

Ottawa (Ontario) 19 5 octobre 1994  
 ✎ Eleanor Ross, présidente  
 ✎ Nora Hammell, consultante, Politique sur les soins infirmiers

### Association humaniste d'Ottawa

Ottawa (Ontario) 08 1er juin 1994  
 ✎ Trevor Banks, membre du comité exécutif

### Association québécoise de soins palliatifs

Montréal (Québec) 24 17 novembre 1994  
 ✎ D<sup>r</sup> Maurice Falardeau, président  
 ✎ Robert Dagenais, vice-président

### Association manitobaine des droits et libertés

Winnipeg (Manitoba) 17 29 septembre 1994  
 ✎ Donald A. Bailey, président  
 ✎ Tara Mullen, coordonnatrice des programmes  
 ✎ Neil Searles



<b>Association médicale canadienne</b>		
Ottawa (Ontario)	25	23 novembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Bruno L'Heureux, président		
✍ D <sup>r</sup> John Williams, directeur, Département de déontologie		
✍ D <sup>r</sup> Douglas Sawyer, président, Comité de déontologie		
✍ D <sup>r</sup> Léo-Paul Landry, secrétaire général		
<b>Association médicale de l'Ontario</b>		
Toronto (Ontario)	20	17 octobre 1994
✍ D <sup>r</sup> Michael Wyman, président		
✍ D <sup>r</sup> Ted Boadway, directeur, Politique sur la santé		
<b>Association pharmaceutique canadienne</b>		
Ottawa (Ontario)	23	16 novembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Kevin Hall, président		
✍ Leroy Favang, directeur exécutif		
<b>BC Association of Social Workers</b>		
Victoria (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
✍ Anne DuMoulin, coprésidente		
✍ Michael Boyle, coprésident		
✍ Stuart Alcock, directeur exécutif		
<b>British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
✍ Irene Goldstone		
<b>BC Civil Liberties Association</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
✍ John Westwood, directeur exécutif		
✍ Alister Browne, membre du conseil		
<b>BC Coalition of People With Disabilities</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
✍ Margo Massie, présidente		
✍ Mary Williams, vice-présidente extérieure		
✍ Geoff McMurchy, agent des communications		
<b>BC Coroner's Office</b>		
Burnaby (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
✍ Vince Cain, coroner en chef		
✍ D <sup>r</sup> Sheila Carlisle, médecin légiste		
<b>BC Hospice/Palliative Care Association</b>		
Cranbrook (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
✍ Shirley Coupal, présidente		
✍ Curtis Metzger, vice-président		
✍ D <sup>r</sup> David Kuhl, St. Paul's Hospital (Vancouver)		
<b>BC Persons with AIDS Society</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
✍ Arn Schilder, président		
✍ Pierre Beaulne, agent d'intervention et des communications		
<b>David Boram</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>John Boram</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994

## **Témoins entendus aux audiences publiques**

---

<b>Bureau du coroner en chef de l'Ontario</b>		
Toronto (Ontario)	20	17 octobre 1994
✍ D <sup>r</sup> James Young, coroner en chef		
✍ D <sup>r</sup> James Cairns, coroner en chef adjoint		
<b>Canadian Physicians for Life</b>		
Caledonia (Ontario)	14	26 septembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Robert Pankratz, président		
✍ D <sup>r</sup> Williard Johnston, secrétaire-trésorier		
✍ Iain T. Benson, conseiller juridique		
✍ D <sup>r</sup> Jim Lane		
<b>Carrefour des Chrétiens du Québec pour la santé</b>		
Montréal (Québec)	20	17 octobre 1994
✍ D <sup>r</sup> Robert Filiatrault, président		
✍ Jean François Malherbe, président, Comité de bioéthique		
<b>Réjean Carrier</b>		
Québec (Québec)	03	27 avril 1994
<b>Catholic Health Association of British Columbia</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
✍ Gerald J. Herkel, président		
✍ Rév. John Horgan, président, Comité d'éthique		
✍ Susan House, Directrice exécutive		
<b>The Catholic Women's League of Canada</b>		
Winnipeg (Manitoba)	17	29 septembre 1994
✍ Claire Heron, présidente nationale		
✍ Heather Kolla, ancienne présidente		
✍ Dolores Fehr, membre		
<b>Gerald Chipeur</b>		
Calgary (Alberta)	27	30 novembre 1994
<b>Choice in Dying, Ottawa</b>		
Nepean (Ontario)	08	1 <sup>er</sup> juin 1994
✍ Stanley Rosenbaum		
✍ Stella McMurran		
<b>Christian Brethren</b>		
Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
✍ Don Logan		
✍ Norman Plater		
<b>Church of Sts. John and Paul</b>		
Fredericton (Nouveau-Brunswick)	24	17 novembre 1994
✍ Rév. Kenneth Weir		
<b>D<sup>r</sup> Howard Cohen</b>		
Ottawa (Ontario)	26	24 novembre 1994
<b>College of Family Physicians</b>		
Mississauga (Ontario)	23	16 novembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Richard MacLachan, président du comité d'éthique		
✍ D <sup>r</sup> Paul Rainsbury, directeur de l'éducation		
✍ D <sup>r</sup> Reg L. Perkins, directeur exécutif		
✍ D <sup>r</sup> Eugene Bereza, membre du comité d'éthique		



**Collège royal des médecins et chirurgiens  
du Canada**

Ottawa (Ontario)	20	17 octobre 1994
✍ D <sup>r</sup> Gordon Crelinsten, membre du conseil		
✍ D <sup>r</sup> Henry Dinsdale, président		
✍ D <sup>r</sup> Pierre Paul Demers, directeur		

**Community Hospice Association of Ontario**

Don Mills (Ontario)	10	1 <sup>er</sup> juin 1994
✍ Heather M. Balfour, directrice exécutive		
✍ Duffy Davidson, membre du conseil		

**Compassionate Healthcare Network Association**

Surrey (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
✍ Cheryl Eckstein, présidente		
✍ D <sup>r</sup> Michael Newton, directeur		
✍ D <sup>r</sup> Robert Pankratz, directeur		

**Conférence des évêques catholiques du Canada**

Ottawa (Ontario)	22	26 octobre 1994
✍ Révérendissime Bertrand Blanchet, archevêque de Rimouski		
✍ Révérendissime Marcel Gervais, archevêque d'Ottawa		
✍ Père Ron Mercier S.J., Regis College, Toronto		

**Conference of Mennonites in Canada**

Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
✍ Helmut Harder, secrétaire général		
✍ Doug Pritchard		
✍ Roma Quapp		
✍ D <sup>r</sup> Howard Zacharias		
✍ Tym Elias		

**Conseil des Canadiens avec déficiences**

Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
✍ Jim Derksen, membre du conseil		
✍ Paula Keirstead, membre du Comité des droits de la personne		
✍ Allan Simpson, ancien président		

**Conseil unitarien du Canada**

Surrey (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
✍ Rév. Brian J. Kiely, président du Comité des décisions entourant la mort		
✍ Alison Harvey, membre		

**Christopher Considine**

Victoria (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
---------------------------------	----	-------------------

**Janine Corbeil**

Montréal (Québec)	32	13 janvier 1995
-------------------	----	-----------------

**Council on Aging**

Ottawa (Ontario)	32	13 janvier 1995
✍ Miriam Chapman, présidente		
✍ Campbell Lamont, membre		
✍ Charles Scott		

## Témoins entendus aux audiences publiques

---

<b>Julianne Cressman</b> Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
<b>D<sup>r</sup> R.W. Dunn</b> White Rock (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>Église anglicane d'Ottawa</b> Ottawa (Ontario) ✍ Rév. J.A. Baycroft	28	7 décembre 1994
<b>Église unie du Canada</b> Toronto (Ontario) ✍ Ruth Evans, directrice ✍ Rév. Anne L. Simmonds	27	30 novembre 1994
<b>Evangelical Fellowship of Canada</b> Markham (Ontario) ✍ Bruce Clemenger, directeur des affaires publiques ✍ Janet Buckingham, présidente du Comité d'action sociale ✍ Stanley Grenz ✍ D <sup>r</sup> Edwin Hui ✍ Walter Lawrence	15	27 septembre 1994
<b>Fédération québécoise des Centres d'hébergement et de soins de longue durée</b> Montréal (Québec) ✍ Claude Vézina ✍ Monique Coupal	32	13 janvier 1995
<b>Focus on the Family</b> Vancouver (Colombie-Britannique) ✍ D <sup>r</sup> Margaret Cottle	15	27 septembre 1994
<b>Julie Foley</b> Ottawa (Ontario)	04	4 mai 1994
<b>Goodbye: A Right to Die Society</b> Vancouver (Colombie-Britannique) ✍ Charles Clapham, directeur ✍ Darline Miller, directrice	15	27 septembre 1994
<b>D<sup>r</sup> James Gordon</b> Montréal (Québec)	27	30 novembre 1994
<b>James Green</b> Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
<b>George Griffith</b> Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
<b>Health Law Institute</b> Halifax (Nouvelle-Écosse) ✍ D <sup>r</sup> Robert Elgie, Directeur	20	17 octobre 1994
<b>Henderson General Hospital</b> Hamilton (Ontario) ✍ D <sup>r</sup> Elizabeth Latimer, directrice des soins palliatifs	04	4 mai 1994
<b>Hôpital Royal Victoria</b> Montréal (Québec) ✍ D <sup>r</sup> Balfour Mount, directeur des soins palliatifs	05	11 mai 1994



<b>Hôpital Royal Victoria</b> Montréal (Québec) ✍ D <sup>r</sup> Marcel Boisvert	06	18 mai 1994
<b>Hospice of All Saints</b> Ottawa (Ontario) ✍ Barbara O'Connor, directrice exécutive ✍ D <sup>r</sup> Emily Geer, consultante médicale	12	5 juillet 1994
<b>Susan House</b> New Westminster (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>Institut de recherche clinique de Montréal</b> Montréal (Québec) ✍ D <sup>r</sup> David Roy, directeur, centre pour la bioéthique	22	26 octobre 1994
<b>Institut de recherche clinique de Montréal</b> Montréal (Québec) ✍ D <sup>r</sup> Neil Macdonald, directeur, programme d'éthique en cancérologie	22	26 octobre 1994
<b>Izaak Walton Killam Hospital</b> Halifax (Nouvelle-Écosse) ✍ D <sup>r</sup> Nuala Kenny, chef, Département de pédiatrie	20	17 octobre 1994
<b>Andrew Johnson</b> Vancouver (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
<b>Brian Kershaw*</b> Vancouver (Colombie-Britannique)	16	27 septembre 1994
<b>Hilda Krieg</b> Surrey (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>Lubavitch Organization for Jewish Development</b> Vancouver (Colombie-Britannique) ✍ Yoseph Thompson	14	26 septembre 1994
<b>Paul Mackenzie</b> Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
<b>Maison Marc Simon</b> Québec (Québec) ✍ D <sup>r</sup> Michel Morissette ✍ Soeur Agathe Côte	32	13 janvier 1995
<b>Maison Michel Sarrazin</b> Sillery (Québec) ✍ D <sup>r</sup> Louis Dionne, directeur général	13	6 juillet 1994
<b>Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation</b> Winnipeg (Manitoba) ✍ D <sup>r</sup> Harvey M. Chochinov, chef, Services cliniques et Affaires scolaires	17	29 septembre 1994
<b>Manitoba Hospice Foundation</b> Winnipeg (Manitoba) ✍ D <sup>r</sup> Peter Kirk, vice-président ✍ D <sup>r</sup> Linda Kristjanson ✍ D <sup>r</sup> Deborah Dudgeon ✍ Fred Nelson	17	29 septembre 1994

## Témoins entendus aux audiences publiques

---

<b>Manitoba Physicians for Life</b>		
Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Paul V. Adams		
✍ D <sup>r</sup> Nicole Caron-Boulet		
✍ D <sup>r</sup> Harold Boey		
<b>Janet McCaffrey</b>		
Winnipeg (Manitoba)	17	29 septembre 1994
<b>Linda Meyer</b>		
Maple Ridge (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
<b>Louise Normandin Miller</b>		
Victoria (Colombie-Britannique)	05	11 mai 1994
<b>Médecins pour le respect de la vie humaine, Région d'Ottawa</b>		
Ottawa (Ontario)	07	25 mai 1994
✍ D <sup>r</sup> André Lafrance		
<b>Ministère de la Justice</b>		
Ottawa (Ontario)	31	14 décembre 1994
✍ L'hon. Allan Rock, C.P., ministre		
<b>Ministère de la Santé</b>		
Ottawa (Ontario)	29	12 décembre 1994
✍ L'hon. Diane Marleau, C.P., ministre		
✍ André Juneau, Sous-ministre adjoint		
✍ Susan Lawson, analyste des politiques		
✍ Judy Ferguson, directrice générale		
<b>Cecilia Moore</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
<b>Mourir dans la dignité</b>		
Toronto (Ontario)	07	25 mai 1994
✍ Marilynne Seguin, directrice exécutive		
✍ Martin Campbell, avocat		
<b>Anne Mullens</b>		
Victoria (Colombie-Britannique)	30	12 décembre 1994
<b>National Coalition of Concerned Mothers</b>		
Burlington (Ontario)	17	29 septembre 1994
✍ Lorna Dueck		
✍ Jean Echlin		
<b>Joanne Neubauer</b>		
Victoria (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>Niagara Community Impact Group</b>		
Niagara (Ontario)	31	14 décembre 1994
✍ Jake Janzen		
✍ Janice Buhr		
✍ D <sup>r</sup> Robert Buhr		
<b>Nova Scotia Palliative Care Association</b>		
Sydney (Nouvelle Ecosse)	23	16 novembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Ina Cummings, directrice		
✍ Judith Fuller		
<b>Sheila Noyes</b>		
Thunder Bay (Ontario)	18	30 septembre 1994



<b>Nurses for Life</b>		
Ottawa (Ontario)	08	1 <sup>er</sup> juin 1994
✂ Mary-Lynn McPherson		
✂ Diane Petrucka		
✂ Maureen Farnand		
<b>Russel Ogden</b>		
New Westminster (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
<b>Rév. John Oldham</b>		
Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
<b>Ontario Office of the Crown Attorney</b>		
Timmins (Ontario)	29	12 décembre 1994
✂ David Thomas		
<b>Ontario Palliative Care Association</b>		
Owen Sound (Ontario)	04	4 mai 1994
✂ D <sup>r</sup> James McGregor, membre du conseil		
✂ Shari Douglas, présidente		
<b>Rév. Bernard Osborg</b>		
Bridgetown (Nouvelle-Écosse)	15	27 septembre 1994
<b>People in Equal Participation Inc.</b>		
Winnipeg (Manitoba)	17	29 septembre 1994
✂ Theresa Ducharme, présidente		
✂ Sylvia Daniels		
<b>Mark Pickup</b>		
Beaumont (Alberta)	27	30 novembre 1994
<b>Pro-Life Society of British Columbia</b>		
Kelowna (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
✂ Ted Gerk, président		
✂ Betty Green, directrice		
<b>R.E.A.L. Women of British Columbia</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
✂ Cecilia von Dehn		
<b>Responsable jusqu'à la fin</b>		
Québec (Québec)	04	4 mai 1994
✂ Yvon Bureau, président		
<b>The Right to Die Society of Canada</b>		
Victoria (Colombie-Britannique)	25	23 novembre 1994
✂ John Hofsess, directeur exécutif		
✂ Gabrielle Gaspar, membre		
✂ D <sup>r</sup> Markus Luckwaldt		
<b>Right to Life Association of Toronto</b>		
Toronto (Ontario)	08	1 <sup>er</sup> juin 1994
✂ June Scandiffo, présidente		
✂ D <sup>r</sup> Micheal Berry		
<b>Patricia Rodney</b>		
Vancouver (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>R. Scott Rowand</b>		
Toronto (Ontario)	09	8 juin 1994
<b>Elizabeth Semkiw</b>		
Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994

## Témoins entendus aux audiences publiques

---

<b>Thomas Sigurdson</b> Surrey (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
<b>Marcie Smordin</b> Vancouver (Colombie-Britannique)	16	28 septembre 1994
<b>Société canadienne du cancer</b> St. John's (Terre-Neuve) ✎ D <sup>r</sup> Margaret Scott	06	18 mai 1994
<b>Société canadienne du SIDA</b> Ottawa (Ontario) ✎ Russell Armstrong, directeur des programmes nationaux ✎ Carole Neron ✎ Steve Harris* ✎ Terry Goodwin*	12	5 juillet 1994
<b>St. Andrew's Presbyterian Church</b> Stratford (Ontario) ✎ Rév. James Dickey	08	1 <sup>er</sup> juin 1994
<b>Angèle St-Germain</b> Verdun (Québec)	09	8 juin 1994
<b>Sunnybrook Health Science Centre</b> Toronto (Ontario) ✎ D <sup>r</sup> John Senn, directeur	09	8 juin 1994
<b>Thomas More Lawyers' Guild of Toronto</b> Toronto (Ontario) ✎ Philip H. Horgan, président ✎ David Brown ✎ Angela Costigan ✎ Tim Egan	12	5 juillet 1994
<b>Toronto Bayview Regional Cancer Centre</b> Toronto (Ontario) ✎ D <sup>r</sup> Robert Buckman	26	24 novembre 1994
<b>Toronto Hospital for Sick Children</b> Toronto (Ontario) ✎ D <sup>r</sup> Abbyann Day Lynch, directrice, Département de bioéthique	11	22 juin 1994
<b>Université Laval</b> <b>Département des sciences infirmières</b> Ste-Foy (Québec) ✎ Danielle Blondeau	12	5 juillet 1994
<b>Université McGill</b> <b>Centre de médecine, d'éthique et de droit</b> Montréal (Québec) ✎ Edward Keyserlingk, professeur associé, Faculté de médecine	01	15 mars 1994
<b>Université McGill,</b> <b>Centre de médecine, d'éthique et de droit</b> Montréal (Québec) ✎ Margaret Somerville, directrice	06	18 mai 1994



**Université Sherbrooke**

**Comité d'éthique**

Sherbrooke (Québec)	29	12 décembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Pauline Lesage-Jarjoura		
✍ D <sup>r</sup> Suzanne Philips-Nootens		
✍ Jean Desclos		

**University of Alberta**

**Developmental Disabilities Centre**

Edmonton (Alberta)	18	30 septembre 1994
✍ Richard Sobsey		

**University of Calgary**

**Department of Community Health Sciences**

Calgary (Alberta)	18	30 septembre 1994
✍ Marja Verhoef		

**University of Calgary Faculty of Medicine**

Calgary (Alberta)	16	28 septembre 1994
✍ D <sup>r</sup> Douglas Kinsella		

**University of Manitoba, Centre for Applied Ethics**

Winnipeg (Manitoba)	18	30 septembre 1994
✍ Arthur Schafer		

**University of Manitoba, Faculty of Law**

Winnipeg (Manitoba)	06	18 mai 1994
✍ Barney Sneiderman		

**University of Toronto, Faculty of Law**

Toronto (Ontario)	10	15 juin 1994
✍ Bernard Dickens		

**University of Victoria**

**Department of Philosophy**

Victoria (Colombie-Britannique)	02	20 avril 1994
✍ Eike-Henner W. Kluge		

**Volunteer Home Support Group**

Winnipeg (Manitoba)	17	29 septembre 1994
✍ Dennis Norbury, président		
✍ D <sup>r</sup> Sandra Kirby, vice-présidente		

**D<sup>r</sup> Harry van Bommel**

Scarborough Ontario	28	7 décembre 1994
---------------------	----	-----------------

**Humphrey Waldock**

West Vancouver (Colombie-Britannique)	14	26 septembre 1994
---------------------------------------	----	-------------------

**D<sup>r</sup> Ken F. Walker (D<sup>r</sup> W. Gifford-Jones)**

Toronto (Ontario)	11	22 juin 1994
-------------------	----	--------------

**D<sup>r</sup> Scott Wallace**

Victoria (Colombie-Britannique)	15	27 septembre 1994
---------------------------------	----	-------------------

\*Indique que le témoin a comparu à huis clos.

## **Témoins entendus aux audiences publiques**

---

**Les témoins suivants ont comparu via vidéoconférence depuis la Hollande, le 25 octobre 1994.  
La transcription de la réunion figure dans le fascicule n° 21.**

**D<sup>r</sup> Dirkyan Bakker**

Chirurgien, membre du Comité de déontologie médicale pour les soins aux patients, Centre hospitalier universitaire d'Amsterdam, Pays-Bas

**D<sup>r</sup> Elly De Heer**

Omnipraticien, professeur à l'Université Erasmus. Rotterdam, Pays-Bas

**D<sup>r</sup> Robert J.M. Dillman**

Secrétaire des affaires médicales, Association royale néerlandaise de médecine, Utrecht, Pays-Bas

**D<sup>r</sup> A.P.M. Heintz**

Département d'obstétrique et de gynécologie, Centre hospitalier universitaire, Utrecht, Pays-Bas

**Mme Johanna Kits Nieuwenkamp**

Ministère de la Santé, présidente du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe, Rijswijk, Pays-Bas

**D<sup>r</sup> H.J.J. Leenen**

Professeur de médecine sociale et de droit de la santé. Université d'Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas

**Professeur Johan Legemaate**

Conseiller, Association royale néerlandaise de médecine, Utrecht, Pays-Bas

**Professeur Leo C.M. Meijers**

Procureur général, Cour suprême des Pays-Bas, La Haye, Pays-Bas

**M. Eugene Sutorius**

Procureur et juge suppléant, Cour d'appel, Membre du Conseil néerlandais de la santé, Arnheim, Pays-Bas

**D<sup>r</sup> J.J.M. Van Delden**

Sociologue et médecin praticien, Enquêteur principal pour le Comité R Emmelink, Utrecht, Pays-Bas

**D<sup>r</sup> Gerrit van der Wal**

Inspecteur de la santé en Hollande-Septentrionale, Amsterdam, Pays-Bas

**Mme Mary G. Vlaming**

Infirmière (à la retraite) Amsterdam, Pays-Bas



## Annexe B

### Mémoires présentés

---

*Le Comité a reçu des milliers de mémoires d'individus et d'organismes. Certains étaient des lettres types d'une page ou l'expression d'une opinion personnelle pour ou contre l'euthanasie et l'aide au suicide. D'autres consistaient en des demandes de comparution, souvent accompagnées d'exposés bien structurés, et provenaient d'individus ou de groupes. Le Comité n'a évidemment pas eu le temps d'entendre tous ceux qui lui ont écrit. Sont énumérés ci-dessous les mémoires reçus d'organisations qui n'ont pas comparu et certaines études substantielles transmises par des particuliers. Le Comité remercie tous ceux qui ont pris le temps de faire connaître leur avis.*

**Abbotsford Right-to-Life Society**

Abbotsford (Colombie-Britannique)

**L'Association du Barreau canadien**

Ottawa (Ontario)

**Marie Achille**

Burnaby (Colombie-Britannique)

**Alliance Action Inc.**

Winnipeg (Manitoba)

**Zoe Bernatksy**

Willingdon (Alberta)

**Lucille Birkett**

Edmonton (Alberta)

**R.E. Bowley**

Peterborough (Ontario)

**Calabogie, Renfrew Pro-Life Association**

Calabogie (Ontario)

**Association canadienne des travailleurs sociaux**

Ottawa (Ontario)

**Catholic Physicians Guild of Manitoba**

Winnipeg (Manitoba)

**Catholic Women's League of Canada**

Diverses sections

**Centre for Renewal in Public Policy**

Gloucester (Ontario)

**Chevaliers de Colomb, Conseil provincial du Nouveau-Brunswick**

Kedgwick (Nouveau-Brunswick)

**Chilliwack Pro Life Society**

Chilliwack (Colombie-Britannique)

**Christian Medical and Dental Society**

Saskatoon (Saskatchewan)

## **Mémoires présentés**

---

**Christian Social Morals Action Committee**

Frankford (Ontario)

**Susan Conrad**

Toronto (Ontario)

**Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec**

Montréal (Québec)

**Council of Christian Reformed Churches**

Burlington (Ontario)

**Pierre Coutlée**

Lasalle (Québec)

**Phyllis Creighton**

Toronto (Ontario)

**Ann Davis**

Nepean (Ontario)

**Luc Déry**

Montréal (Québec)

**Janice Dillon**

Vancouver (Colombie-Britannique)

**John Boyle**

Winnipeg (Manitoba)

**Dunnville and Area Right to Life**

Dunnville (Ontario)

**Betty Eckgren**

Victoria (Colombie-Britannique)

**D<sup>r</sup> H.E. Emson**

Saskatoon (Saskatchewan)

**Elly Englefield**

Sherwood Park (Alberta)

**Audrey Floyd**

Surrey (Colombie-Britannique)

**Rosalie Floyd**

Penticton (Colombie-Britannique)

**La Fondation Lise T.**

Anjou (Québec)

**Brian Gifford**

Halifax (Nouvelle-Ecosse)

**Claude Girard**

Montréal (Québec)

**Christine Glazer**

Saskatoon (Saskatchewan)

**David Golden**

Toronto (Ontario)

**D<sup>r</sup> Sydney G. Grant**

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

**D<sup>r</sup> Tadeusz Grygier**

Aylmer (Québec)

**Antonio R. Gualtieri**

Ottawa (Ontario)



**Halton Pro-Life**

Burlington (Ontario)

**Tom Harpur**

Richmond Hill (Ontario)

**Helen Hays**

Edmonton (Alberta)

**Human Life Research Institute**

Toronto (Ontario)

**Island Hospice Association**

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

**Kanata Pentecostal Church**

Kanata (Ontario)

**D<sup>r</sup> F.B. Kelly**

Moncton (Nouveau-Brunswick)

**Knights of Columbus**

Belleville (Ontario)

**Knights of Columbus**

Toronto (Ontario)

**Knights of Columbus**

Alberta- Territoires du Nord-Ouest

**Tom Koch**

Toronto (Ontario)

**Last Wish Foundation**

Don Mills (Ontario)

**François Lareau**

Ottawa (Ontario)

**League for Life in Manitoba Inc.**

Winnipeg (Manitoba)

**D<sup>r</sup> Arthur Paterson Lee**

Scarborough (Ontario)

**Lutheran Church of Canada**

Winnipeg (Manitoba)

**D<sup>r</sup> Hubert Marcoux**

Laval (Québec)

**Carmen McCauley**

Chatham (Ontario)

**Denham Meek**

Victoria (Colombie-Britannique)

**John Lawrence-Moore**

Winnipeg (Manitoba)

**Bruno Morawetz**

Peterborough (Ontario)

**Cathleen Morrison**

St. George (Ontario)

**New Brunswick Association For Community Living**

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

**Goerge & Nettie Neudorf**

Sardis (Colombie-Britannique)

## Mémoires présentés

---

**Vito Norejko**

London (Ontario)

**Norwich United Church**

Norwich (Ontario)

**J.V. O'Brien**

Baddeck (Nouvelle-Ecosse)

**Ottawa Carleton Regional Palliative Care Association**

Ottawa (Ontario)

**Physicians and Scientists for a Healthy World**

Nepean (Ontario)

**Presbyterian Church of Canada**

Don Mills (Ontario)

**The Providence Hospital**

Moose Jaw (Saskatchewan)

**Pro-Vie Clare**

Church Point (Nouvelle-Ecosse)

**Thaddeus W. Pruss**

Surrey (Colombie-Britannique)

**The Registered Nurses Association of British Columbia**

Vancouver (Colombie-Britannique)

**Religious Hospitallers of St. Joseph**

Kingston (Ontario)

**Religious Hospitallers of St. Joseph**

Windsor (Ontario)

**Thaddée Renault**

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

**Joan Renold**

White Rock (Colombie-Britannique)

**Marc Richard**

St. John (Nouveau-Brunswick)

**Alex K.H. Rose**

Lacombe (Alberta)

**Teresa Rojas**

Victoria (Colombie-Britannique)

**Teresa Sasseville**

Ottawa (Ontario)

**Izabela Schultz**

Vancouver (Colombie-Britannique)

**Sisters of Charity of the Immaculate Conception**

Renforth (Nouveau-Brunswick)

**Sisters of Providence Continuing Care Centre**

Kingston (Ontario)

**Sisters of St. Martha**

Antigonish (Nouvelle-Écosse)

**Sisters of St. Martha**

Scarborough (Ontario)

**Julianna Smith**

Mississauga (Ontario)



**Les Soeurs de la Charité de Montréal**  
Montréal (Québec)

**D<sup>r</sup> Jocelyne St-Arnaud**  
Montréal, Québec

**St-Joseph's Catholic Bioethics Centre**  
Edmonton (Alberta)

**Strathaven Baptist Church**  
Chatsworth (Ontario)

**Rév. D<sup>r</sup> George Theckedath**  
Ottawa (Ontario)

**Toronto Catholic Doctors Guild**  
Scarborough (Ontario)

**D<sup>r</sup> Arnold Voth**  
Edmonton (Alberta)

**Attaleen Werner**  
Willowdale (Ontario)

**Gregor Wolbring**  
Calgary (Alberta)

**Women Alive**  
Barrie (Ontario)

**Women For Life, Faith and Family**  
Abbotsford (Colombie-Britannique)





## Annexe C

### Documentation fournie au Comité

---

*En plus d'un grand nombre de mémoires et de lettres, le Comité spécial a pris connaissance de plusieurs articles, livres, publications gouvernementales, décisions judiciaires et documents inédits.*

#### Livres

Baudouin, Jean-Louis, et Danielle Blondeau, *Éthique de la mort et droit à la mort* Presses Universitaires de France, 1993.

Bureau, Yvon, *Ma mort. Ma dignité. Mes volontés. Le testament biologique*, Québec, Éditions du Papillon, 1991.

Crichton, Ann et David Hsu, *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization*, Presses de l'Association des hôpitaux du Canada, Ottawa, 1990.

Doyle, Derek et Geoffrey W. C. Hanks, Neil MacDonald, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, 1993.

Fries, J.F., «Reduction of National Morbidity» in Lewis, Steven J., *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Lewis Publishers, Chelsea, Michigan, 1989.

Gairdner, William, *The War Against the Family: A Parent Speaks Out on the Political, Economic and Social Policies That Threaten Us All*, Toronto, Stoddart, 1992.

Humphrey, Derek, *Final Exit: The Practicalities of Self Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Oregon, Hemlock Society, 1991.

Jones, Julian. *My Dear Son*. Florida: Chapman Publishing, 1993.

Kay, Dennis, *Laugh, I Thought I'd Die: My Life With ALS*, Toronto, Viking, 1994.

*Les Actes du Premier colloque québécois sur les volontés de fin de vie*. Montréal: Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine. March 1993.

Sherwin B. Nuland, *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, New York, Knopf, 1994.

Ogden, Russel D. *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*. Vancouver: Perreault/Goedman Publishing, 1994.

Rodriguez, Sue et Hobbs, Lisa Bernie, *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*, Macmillan, Toronto, 1994.

Seguin, Marilynne, *A Gentle Death*, Toronto, Key Porter Books, 1994.

van Bommel, Harry, *Choices: For People Who Have a Terminal Illness, Their Families and Their Caregivers*, 3<sup>e</sup> édition révisée, NC Press, Toronto, 1993.

——, *Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia*, NC Press, Toronto, 1992.

## Articles

Cummings, Ina, «Hospitals and Health Care Facilities», *Journal of Palliative Care*, 8 (1994) 1, 33-37.

Block, Susan et Andrew Billings, «Patient Requests to Hasten Death: Evaluation and Management in Terminal Care», *Arch Intern Med* 154 (sept. 1994), pp. 2039-2047.

Bowal, Peter. «A Fearsome Dilemma - Physicians' Role in Suicide in Canada.» *Law Now* (octobre/novembre 1994) 7-9.

Cleeland, Charles S. *et coll.*, «Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer», *New England Journal of Medicine* 330 (mars 1994) 9, pp. 592-6.

Delden, Johannes J. M., Loes Pijenborg et Paul J. Van Der Maas, «Reports from the Netherlands: Dances with Data», *Bioethics* 7 (1991) 4, pp. 323-329

——, «Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life», *The Lancet* 338 (sept. 1991) 8768, pp. 69-674.

Diekstra, René, «Assisted Suicide and Euthanasia: Experiences from the Netherlands», *Annals of Medicine* 25 (février 1993), pp. 1-9.

Downie, Jocelyn, «Voluntary Euthanasia in Canada», *Health Law in Canada*, pp. 13-30.

Downing, Michael G., Debra Braithwaite, James Wilde, «Global Exchange», *Journal of Palliative Care*, 9 (1993) 4, 26-32.

Emanuel, Ezekiel J., «Euthanasia: Historical, Ethical and Empiric Perspectives», *Arch Intern Med* 154 (sept. 1994), pp. 1890-1901.

Falardeau, Maurice, «Les ressources en soins palliatifs et à domicile en 1994: où en sommes-nous?», *Le Médecin du Québec* (déc. 1994), pp. 1-3.

Ferrel, Betty R., Grace Dean, «Ethical Issues in Pain Management at Home», *Journal of Palliative Care*, 10 (1994) 3, 67-72.

Fenigsen, Richard, «The Report of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia», *Issues in Law and Medicine* 7 (1991) 3, pp. 339-344

——, «A Gentle Man Speaks of Fear.», *Population Research Institute*, mars/avril 1994, pp. 8-11.

Freedman, Benjamin. «The Rodriguez Case: Sticky Questions and Slippery Answers.» *McGill Law Journal* 39 (octobre 1994) 644-56.

Genuis, Stephen J., «Public attitudes towards the right to die.», *Canadian Medical Association Journal* 150 (mars 1994), pp. 701-708.

Gilmour, Joan, «Withholding and Withdrawing Life Support from Adults at Common Law», *Osgoode Hall Law Journal* 31 (1994), pp. 473-541.

Goldstone, Irene, «Trends in Hospital Utilization in AIDS Care 1987-1991: Implications for Palliative Care», *Journal of Palliative Care* 8 (1992) 4, pp. 22-29.



- Henteleff, Paul, «We Don't Do That in Palliative Care», *Journal of Palliative Care*, 10 (1994) 3, 76-78.
- Hughes, David L. et Peter A. Singer, «Family physicians' attitudes toward advance directives», *Canadian Medical Association Journal* 146 (juin 1992) 11, pp. 1937-1944.
- Jackman, Anne. « 'Solutions in Sciences Outside of the Law' Rodriguez v. British Columbia (A.G.) », *Dalhousie Law Journal* 17 (Printemps 1994) 206-21.
- Kelner, Merrijoy, Ivy L. Bourgeault, Philip C. Hébert et Earl V. Dunn, «Advance Directives: the Views of Health Care Professionals», *Canadian Medical Association Journal* 148 (avril 1993), 8 pp. 1331-1338.
- Kenis, Yvon, «L'euthanasie active et les médecins: pratiques et opinions», *Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité* 52 (1994) 3, pp. 7-19.
- Kevorkian, Jack, «A Modern Inquisition», *The Humanist*, nov./déc. 1994, pp. 7-14.
- Kinsella, Douglas et Marja Verhoef, «Alberta Euthanasia Survey: 1. Physicians' opinions about the morality and legalization of active euthanasia», *Canadian Medical Association Journal* 148 (1993) 11, pp. 1921-1933.
- Kohut, Nitsa et Peter A. Singer, «Advance Directives in Family Practice», *Canadian Family Physician* 39 (mai 1993), pp. 1087-1093.
- «L'aide médicale à la mort.» CMA Policy Summary. *Canadian Medical Association Journal* 152: 2 (janvier 1995) 248A-248B.
- Lamarche, Paul A., 1994, *La crise des systèmes de santé au Canada*, 6<sup>e</sup> congrès annuel, Société canadienne de bioéthique, 25 novembre,.
- Latimer, Elizabeth, «Euthanasia: A Physician's Reflections», *Journal of Pain and Symptom Management* 6 (nov. 1991) 8, pp. 487-491.
- , «Euthanasia, Physician-Assisted Suicide and the Ethical Care of Dying Patients», *Canadian Medical Association Journal* 151 (oct. 1994) 8, pp. 1133-1136.
- , «Ethical Decision-Making in the Care of the Dying and Its Applications to Clinical Practice», *Journal of Pain and Symptom Management* 6 (juillet 1991) 5, pp. 329-336.
- , «The Ethics of Partial Palliative Care», *Journal of Palliative Care*, 10 (1994) 3 107-110.
- MacDonald, Neil, «Priorities in education and research in palliative care», *Palliative Medicine* 7 (1993) suppl. 1, pp. 65-76.
- , «Ontario Palliative Care Statement: A Template for the Rest of Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 148 (mars 1993) 6.
- , «Teaching Palliative Care: A Structural Overview», dans Roderick D. MacLeod et Chris James, réd., *Teaching Palliative Care: Issues and Implications*.
- MacDonald, Neil et John Dosetor, «Ethics of Palliative Care in the Context of Limited Resources: An Essay on the Need for Attitudinal Change», *Journal of Palliative Care*, 10 (1994) 3, 39-42.
- Marcoux, Hubert, «Le rôle du médecin et l'euthanasie: réflexion médicale», *Annals RCPSC* 27 (juin 1994) 4, pp. 225-229.
- Meslin, Eric M. et Kara Sutherland, «Advance Directive Policy in Canada: The Impact on Older People and Their Families», dans *The Remainder of Their Days: Domestic Policy and Older Families in the United States and Canada*, sous la dir. de Jon Hendricks et Carolyn Rosenthal, New York & London, 1993, pp. 193-219.

- Mount, Balfour M., John Scott, Ina Cummings, Neil MacDonald, *et coll.*, «Guest Editorial - Palliative Care: A Passing Fad? Understanding and Responding to the Signs of the Times», *Journal of Palliative Care*, 10 (1994) 1, 5-7.
- Muller, M. T., Gerrit Van der Wal *et coll.*, «Voluntary Active Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Dutch Nursing Homes: Are the Requirements for Prudent Practice Properly Met?», *Journal of the American Geriatrics Society* 42 (juin 1994) 6, pp. 624-629.
- Ogden, Russel, «Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?», *Journal of Palliative Care* 10 (1994) 2, pp. 82-85.
- , «The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying», *Canadian Public Policy* 20 (1994) 1, pp. 1-25.
- Otlowski, Margaret, «Mercy Killing Cases in the Australian Criminal Justice System», *Criminal Law Journal* 17 (février 1993) 1, pp. 10-39.
- Pain Management Newsletter* 7 (août 1994) 2.
- Piper, Geoff, «Hospice vs. Suicide: The Wrong Debate», *The American Journal of Hospice & Palliative Care* (nov./déc. 1994), p. 5.
- Rasooly, Iris, *et coll.* «Hospital Policies on Life-Sustaining Treatments and Advance Directives in Canada», *Canadian Medical Association Journal* 150 (avril 1994) 8, pp. 1265-1270.
- Reinders Maarthen et Peter A. Singer, «Which Advance Directive Do Patients Prefer?», *Journal of General Internal Medicine* 9 (janvier 1994), pp. 49-51.
- Roe, Donna J., «Palliative Care 2000 - Home Care», *Journal of Palliative Care*, 8 (1992) 1, 28-32.
- Sam, Mehran et Peter A. Singer, «Canadian Outpatients and Advance Directives: Poor Knowledge and Little Experience but Positive Attitudes», *Canadian Medical Association Journal* 148 (mai 1993) 9, pp. 1497-1502.
- Scott, John F., 1994, «More Money for Palliative Care? The Economics of Denial», *Journal of Palliative Care*, 10:3, 35-38.
- Scott, John F., 1992, «Palliative Care 2000: Mapping the Interface with Cancer Control», *Journal of Palliative Care*, 8:1, 13-16.
- Senn, John, «Writing no-CPR orders : Must resuscitation always be offered?», *Canadian Medical Association Journal* 151 (oct. 1994), 8 pp. 1125-8.
- Silberfeld, Michel, Carol Nash et Peter Singer, «Capacity to Complete and Advance Directive», *Journal of American Geriatrics Society* 41 (oct. 1993) 10, pp. 1141-1143.
- Singer, Peter A., «Disease-specific advance directives», *The Lancet* 344 (août 1994), pp. 594-596.
- , *et coll.*, «Advance directives: Are They an Advance?», *Canadian Medical Association Journal* 146 (janvier 1992) 2, pp. 127-134.
- et Sujit Choudhry, «Ontario's Proposed Consent Laws: 1. Consent and Capacity, Substitute Decisions, Advance Directives and Emergency Treatment», *Canadian Medical Association Journal* 146 (mars 1992) 6, pp. 829-832.
- et Mark Siegler, «Advancing the Cause of Advance Directives», *Arch Intern Med* 152 (janvier 1992), pp. 22-24.
- Sheldon, Tony, «Judges make historical ruling on euthanasia», *British Journal of Medicine* 300 (juillet 1994) 2, pp. 7-8.



- Sneiderman, Barney, «Euthanasia in the Netherlands : A Model for Canada?», *Human Medicine* 8 (avril 1992) 2, pp. 104-115.
- Soins palliatifs, Médecine, McGill, 1993, *L'avenir des soins palliatifs au Québec*, 30 p.
- Somerville, Margaret, «The Song of Death : The Lyrics of Euthanasia», *Journal of Contemporary Health and Law Policy* 9 (1993) 1, pp. 1-76.
- «Sounding Board - Regulating Physician-Assisted Death», *New England Journal of Medicine* 331 (juillet 1994) 2, pp. 119-123.
- Sullivan, Patrick, «Take stand on euthanasia, assisted suicide, MDs tell CMA in survey released during annual meeting», *Canadian Medical Association Journal* 149 (sept. 1993) 6, pp. 858-859.
- Sutherland, Ralph W.; Fulton, Jane M., 1988, *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ottawa, The Health Group.
- Tremayne-Lloyd, Tracey, «Euthanasia : legal implications for physicians in Canada», *Canadian Family Physician* 40 (mai 1994), pp. 1055-1057.
- Van der Wal, Gerrit et Robert J. M. Dillmann, «Euthanasia in the Netherlands», *British Medical Journal* 308 (mai 1994) 21, pp. 1346-1349
- Vinciguerra, V., «How It Can Be Done: A Pilot Project in Comprehensive Home Cancer Treatment», *Journal of Palliative Care*, 4 (1988) 1, 4 (1988) 2, 53-55.
- Waldron, Jeremy, «The Edges of Life» (*Life's Dominion: An Argument about Abortion and Euthanasia* by Ronald Dworkin), *London Review of Books*, 12 mai 1994, pp. 11-13.
- Weinrib, Lorraine Eisenstat, «The Body and the Body Politic: Assisted Suicide under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*», *McGill Law Journal* 39 (1994), pp. 619-644.
- Williams, John, Frederick Lowy, et Douglas Sawyer, «Canadian physicians and euthanasia», *Issues* 1-5, *Canadian Medical Association Journal* 148 (1993), No. 8-12.
- Young, Katherine. «A Cross-Cultural Historical Case against Planned Self-Willed Death and Assisted Suicide. *McGill Law Journal* (octobre 1994) 657-707.

## Publications gouvernementales

- Alberta, Ministry of Health, *Palliative Care: A Policy Framework*, déc. 1993.
- Alberta, Ministry of Health, *Palliative Care in Alberta: A Report on Findings of the Public Consultation Process*, déc. 1993.
- Association des soins palliatifs de la région d'Ottawa-Carleton, *Mémoire au Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté*, juin, 9, 1994.
- Association des soins palliatifs de l'Ontario, *Mémoire au Comité permanent du développement social - Projet de loi 173 - Soins prolongés*, 16 août, 1994.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health, *Report upon the Inquiry into Options for Dying with Dignity*, Social Development Committee. nov. 1987.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health, Continuing Care Division *Death and Dying in Long Term Care Facilities: Operational Guidelines*, août 1989.

## Documentation fournie au Comité

---

- Colombie-Britannique, Ministry of Health, *Palliative Care Report of the Royal Commissioner on Health Care Costs*, 1991.
- Colombie-Britannique, Ministry of Health, *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*, février 1994.
- Canada, Ministère de la Santé Canada, Sous-comité fédéral-provincial-territorial des soins continus, *Description des services de soins prolongés dans les provinces et territoires du Canada*, Direction générale des programmes et des services de santé, Direction des services de santé, octobre, 1993.
- Canada, Ministère de la Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Services de soins palliatifs : Rapport du Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels - Guide pour l'établissement de normes*, 1989.
- Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Douleurs cancéreuses : Une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs cancéreuses*, Rapport du comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux, 1984.
- Canada, Statistique Canada, *Les principales causes de décès à différents âges, Canada, 1992*, septembre, 1994.
- Grande Bretagne, Chambre des communes, Bill 207 «*Voluntary Euthanasia: A Bill to enable incurably ill patients to ask for euthanasia and for connected purposes*», juin 1993.
- Grande-Bretagne, Chambre des Lords, «*Lords Rule out Euthanasia*», Communiqué, février 1994.
- Ile-du-Prince-Edouard, Island Hospice Association (IHA), PEI Health and Community Services Agency, *Challenges and Choices: Community Working to Meet the Increasing Demand for Palliative Care Services in PEI Into the Next Decade*, juillet, 1994.
- Les Pays-Bas, Ministre de la Justice, *Notification Procedure for the Medical Termination of Life on Request and Without Request as Laid Down by Order in Council*, nov. 1993.
- Les Pays-Bas, *Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands : Result of an Inquiry and the Government View*.
- Nouveau-Brunswick, Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, *Summary of Operations*, 1994.
- Nouveau-Brunswick, Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, *A Response to the Future*, 1994
- Nouveau-Brunswick, Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, 1994, 13<sup>e</sup> Rapport annuel, 1993-1994.
- Nouvelle-Écosse, Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association, *Mémoire au ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Minister's Action Committee on Health System Reform (Blue Print Committee)*, 1<sup>er</sup> mars, 1994 (A).
- Nouvelle-Écosse, Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association, *Mémoire au Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté*, novembre, 1994 (B).
- Nouvelle-Écosse, Nova Scotia Hospice/Palliative Care Association, *Mémoire au Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté*, novembre, 1994 (C).
- Québec, Commission Rochon, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les publications du Québec, Québec, 1988.

## Décisions judiciaires

Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 à 367



Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général ), [1993] 3 R.C.S. 519

State of Michigan v. Jack Kevorkian «Opinion and Order Concerning the Constitutionality of the Michigan Statute Proscribing Assisted Suicide», déc. 1993.

Décision de la Cour suprême dans l'affaire Chabot Case, Pays-Bas (en hollandais).

## Documents inédits

Association canadienne des soins palliatifs, «Palliative Care : Towards a Consensus in Standardized Practice», document de travail, 1<sup>er</sup> étape, sept. 1994.

Association canadienne des soins palliatifs, *Répertoire canadien des soins palliatifs et des services pour les personnes atteintes du VIH/SIDA*, Ottawa, 1994 (A).

Association canadienne des soins palliatifs, *Mémoire au Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté*, mai, 1994 (B).

Association canadienne des soins palliatifs, *Répertoire canadien des soins palliatifs*, Ottawa, 1990.

Collège des médecins de famille du Canada, «CFPC Proposal for a Blended Funding Mechanism», février 1994.

Cuninghame, Keith, «Euthanasia: Research Paper», Britain - Library of Parliament: Research Branch, juin 1993.

Dillmann, Robert J. M., «Euthanasia in the Netherlands : the role of the Dutch medical profession», Maastricht, Pays-Bas: Euroconférence sur l'euthanasie et l'aide au suicide, 10-11 juin 1994.

Goldstone, Irene L., Robin Cumming et coll., «Patterns of Resource Utilization in AIDS Patients Who Died at Home or in Institutional Care.» Amsterdam, Pays-Bas: VIII Conférence internationale sur le SIDA, juillet 1992.

Groupe d'experts en soins palliatifs, *Rapport à l'Équipe de travail Cancer 2000*, 1991.

Hagen, Neil, John Young et Neil MacDonald, «Adoption and Diffusion of Standards of Care for the Assessment and Management of Cancer Pain», article présenté à un symposium organisé par le comité consultatif sur la lutte anticancéreuse, institut national du Canada, 8-10 avril 1994.

Keyserlingk, E. W., «'Allowing to Die': Euthanasia, Medically Assisted Suicide.», exposé no. 8, mars 1994.

Kozak, Jean F., banque de données NDRA, étude sur l'euthanasie, nov. 1994.

Lavis, John N.; Anderson, Geoffroy M., «Inappropriate Hospital Use in Canada: Definition, Measurement, Determinants and Policy Implications», Projets économiques de Queen's et de l'Université d'Ottawa, Documents de travail, 1994.

Legemaate, Johan, «Legal Aspects of Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands 1973-1994», Maastricht, Pays-Bas: Euroconférence sur l'euthanasie et l'aide au suicide, 10-11 juin 1994.

MacDonald, Neil, «The Canadian Palliative Care Curriculum: Canadian Committee on Palliative Care Education Pamphlet», 1991.

Milton, Neil, «Lessons from *Rodriguez v. A.G. Canada*», projet d'article pour *Issues in Law and Medicine*, mai 1994.

Nay, Robert L., «Euthanasia in Foreign Countries», Law Library of Congress, mai 1994.

Ogden, Russel, «Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and in United States», article préparé pour la 46<sup>ième</sup> conférence annuelle de l'American Society of Criminology, nov. 1994.

## Documentation fournie au Comité

---

Parti réformiste du Canada, résultats préliminaires d'un sondage d'électeurs sur l'aide médicale au suicide, automne 1994.

R.E.A.C.H., «La mort : La question du choix», article de référence, Centre de ressource, d'éducation et de représentation pour les handicapés, 11 mars 1994.

Smith, Margaret, «L'affaire Rodriguez : Examen de la décision rendue par la Cour suprême du Canada sur l'aide au suicide», étude générale, Bibliothèque du Parlement, Service de recherche, oct. 1993.

Smith, Margaret, Susan Alter et Sandra Harder, «L'euthanasie et l'interruption de traitement», Bulletin d'actualité, éd. rév., Bibliothèque du Parlement, Service de recherche, oct. 1993.

Sneiderman, Barney, «The Rodriguez Case - Where do we go from here - a Multi Dimensional Approach» Université du Manitoba, mars 1994.

Spooner, Jeffery B.A., «Canadian Christian Church Perspectives on Requests for Active Voluntary Euthanasia by Terminally Ill Patients», mémoire de maîtrise (religion), Université Carleton, 22 avril 1992

Tremblay, Linda, «Mourir : Un droit fondamental», Thèse, Université Laval, 1990, Université de Montréal, Faculté des études supérieures, «Règlement pédagogique propre au diplôme d'études supérieures spécialisées en bioéthique (D.E.S.S.)».

Walker, Kenneth F., «Heroin for Medical Use: Questions and Answers», présenté au Comité permanent de la santé, du bien-être et de la justice sociale (Ontario), juin 1984.



## Annexe D

# Chronologie des faits marquants survenus au Canada

---

- 1972** Le Parlement canadien décriminalise le suicide et la tentative de suicide.
- Novembre 1983** Sous la direction du docteur Nachum Gal (un pédiatre de l'hôpital de l'Université de l'Alberta), l'infirmière Barbara Howell injecte une dose mortelle de morphine à un nourrisson atteint de graves lésions cérébrales dont l'appareil de survie a été débranché. Le docteur Gal se réfugie en Israël, d'où il est extradé à la demande du gouvernement de l'Alberta pour répondre à une accusation de meurtre. L'Alberta Association of Registered Nurses suspend Barbara Howell pour un an, et son superviseur pour quatre mois.
- Juillet 1983** La Commission de réforme du droit du Canada publie son rapport *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement* dans lequel elle recommande de ne pas légaliser ni décriminaliser l'euthanasie active volontaire et l'aide au suicide. Les auteurs du rapport recommandent également que le *Code criminel* soit modifié afin que rien n'y soit interprété comme créant une obligation pour un médecin d'entreprendre ou de continuer à administrer un traitement médical lorsque la personne concernée a exprimé sa volonté du contraire, ou que ce traitement est devenu thérapeutiquement inutile et n'est pas dans le meilleur intérêt de cette personne. Ils recommandent finalement que le *Code criminel* soit modifié afin que rien n'y soit interprété comme empêchant un médecin d'entreprendre ou l'obligeant à interrompre l'administration de soins palliatifs destinés à éliminer ou à atténuer les souffrances d'une personne pour la seule raison que ces soins sont susceptibles de raccourcir l'expectative de vie de cette personne.
- 1984** L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale canadienne et l'Association des hôpitaux du Canada publient une déclaration conjointe sur les maladies terminales, avec la collaboration de l'Association du Barreau canadien et sur les conseils de l'Association catholique canadienne de la santé et de la Commission de réforme du droit. La déclaration comporte une marche à suivre concernant les ordonnances de non-réanimation.
- Juin 1987** La Commission de réforme du droit du Canada recommande de modifier le *Code criminel* afin que le meurtre par compassion soit considéré comme un meurtre au deuxième degré plutôt que comme un meurtre au premier degré, et qu'il n'entraîne pas de peine

- d'emprisonnement déterminée ni minimum. La Commission recommande également que les personnes qui dispensent des soins palliatifs abrégant la vie ne puissent faire l'objet de poursuites en vertu du *Code criminel*.
- 1989** Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels (de Santé et Bien-être social Canada) produit le Guide sur l'établissement de normes: services en soins palliatifs.
- 1990** Dans une interview, le docteur Perry, député NPD à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique, admet avoir administré des injections de morphine à son père qui se mourait du cancer, et reconnaît que ces injections pourraient avoir précipité sa mort. Le Collège des médecins et chirurgiens de la province juge que le docteur Perry a simplement donné à son père des soins palliatifs de qualité, ce qui ne constitue pas une faute étant donné qu'il n'est ni illégal ni contraire à la déontologie d'administrer un traitement susceptible de précipiter accessoirement la mort.
- 1990** Dans l'arrêt *Malette c. Shulman*, la Cour d'appel de l'Ontario confirme qu'un témoin de Jéhovah a le droit de refuser des transfusions de sang nécessaires à la survie, et que les professionnels de la santé ont le devoir de respecter un tel refus. Elle confirme aussi le droit de refuser des transfusions au moyen d'une directive préalable (de même que le devoir de respecter ce refus).
- 4 juillet 1990** Dans une interview accordée à la Presse canadienne, David Lewis, un psychologue de Vancouver, admet publiquement avoir aidé huit sidéens à se suicider. Lui-même sidéen, il obtiendra plus tard de l'aide pour se suicider par administration d'une surdose de médicaments prescrits.
- 1991** Santé et Bien-être social Canada et la Société canadienne du cancer publient le rapport «Cancer 2000», résultat d'un examen national de tous les aspects du cancer. Il y est fortement recommandé de créer des centres régionaux de soins palliatifs, d'imposer à tous les professionnels de la santé l'obligation de suivre certains cours, d'instituer une spécialité soins palliatifs tant en soins infirmiers qu'en médecine, et de doter chaque centre anticancéreux régional d'un service d'oncologie palliative. Par ailleurs, on y invite l'Institut national du cancer du Canada à cesser de négliger le champ des soins palliatifs et à adopter une attitude proactive face à la recherche dans ce domaine.
- 27 mars 1991** Le projet de loi d'initiative parlementaire C-351, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), est lu pour la première fois à la Chambre des communes. Il meurt au Feuilleton à la fin de la session parlementaire.



- 16 mai 1991** Le projet de loi d'initiative parlementaire C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), est lu pour la première fois à la Chambre des communes. Le 24 septembre 1991, il est lu pour la deuxième fois et renvoyé à un comité législatif. Le comité entreprend ses audiences sur le projet de loi le 29 octobre 1991; le 18 février 1992, il ajourne *sine die*.
- 19 juin 1991** Le projet de loi d'initiative parlementaire C-261, Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie, est lu pour la première fois à la Chambre des communes. Le 24 octobre 1991, il est débattu en deuxième lecture et retiré du Feuilleton.
- Novembre 1991** La Commission royale sur les soins et les coûts de santé de la Colombie-Britannique recommande que le gouvernement provincial demande au fédéral de modifier le *Code criminel* afin qu'il y soit reconnu qu'un adulte capable de décision a le droit de refuser un traitement ou d'en exiger l'interruption, et que ce droit peut être exercé par un mandataire dûment désigné quand les facultés du malade sont affaiblies; que les personnes en phase terminale soient autorisées à demander qu'on leur administre des doses mortelles d'analgésiques; que l'alinéa 241 b) du *Code criminel* soit modifié afin que l'acte d'aider une personne en phase terminale à se suicider ne constitue pas un acte criminel; et qu'un médecin ne soit pas légalement tenu d'administrer un traitement médicalement inutile à un patient incapable de décision, ni ne soit passible de poursuites au criminel en cas d'interruption d'un traitement médicalement inutile. Ces recommandations n'ont pas encore été mises en application.
- 10 novembre 1991** Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique se prononce contre l'euthanasie après avoir examiné les circonstances du décès de deux patients du docteur Peter Graff (dans les deux cas, la mort était survenue après l'administration de doses répétées de morphine et de valium à des malades atteints respectivement de la SLA et du cancer du côlon). Le coroner provincial chargé de l'enquête lui ayant demandé de se pencher sur les agissements du docteur Graff, le Collège des médecins et chirurgiens a statué que les méthodes du médecin étaient inacceptables. Le coroner a pour sa part estimé que les deux décès étaient attribuables à l'administration de surdoses de morphine. Aucune accusation n'a été portée au criminel.
- 6 janvier 1992** Dans le cas de Nancy B., une femme atteinte d'une maladie incurable, la Cour supérieure du Québec statue que débrancher son respirateur à sa demande et laisser la nature suivre son cours ne constitue pas une infraction criminelle.
- Mars 1992** L'Association médicale canadienne publie une ligne de conduite concernant les directives préalables sur la réanimation des patients et les interventions de sauvegarde ou de maintien de la vie; on y

stipule que les médecins devraient aider leurs patients à cet égard et respecter leurs directives préalables sauf s'il existe des motifs raisonnables de ne pas le faire.

**Juin 1992**

La Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ) admet avoir réprimandé un médecin qui avait donné une injection mortelle de phosphate de potassium à un sidéen de 38 ans avec le consentement du malade et de sa famille. La CPMQ lui a imposé une probation de trois mois; elle lui a en outre ordonné de consulter un autre médecin au plus tard 72 heures après avoir accepté un nouveau cas et de consulter un collègue avant d'administrer d'importantes doses quotidiennes de morphine. Aucune accusation n'est portée au criminel.

**Août 1992**

Scott Mataya, un infirmier accusé le 23 novembre 1991 du meurtre au premier degré d'un patient en phase terminale à l'hôpital Wellesley de Toronto, plaide coupable à une accusation moins grave, celle d'avoir administré une substance délétère. Quand le malade, débranché à sa propre demande d'un respirateur, a été pris de convulsions et s'est mis à vomir, Mataya lui a administré une dose mortelle de chlorure de potassium. Condamné avec sursis et probation maximale de trois ans, il se voit retirer sa licence d'infirmier.

**Novembre 1992**

Le Sous-comité sur la recodification de la Partie générale du *Code criminel* du Comité permanent de la justice et du Solliciteur général entend des témoins sur les effets du *Code criminel* pour les fournisseurs de soins qui, à la demande des patients, interrompent un traitement médical, et sur le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin.

**9 décembre 1992**

Le projet de loi d'initiative parlementaire C-385, Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide), est lu pour la première fois à la Chambre des communes. Jamais débattu, il restera en plan quand les élections seront déclenchées.

**1993**

L'Association médicale canadienne publie son rapport *Les médecins canadiens et l'euthanasie* afin d'aider les médecins à se faire une opinion sur la question.

**1993**

Lyn Cockburn, chroniqueuse de Vancouver, et deux des directeurs du journal qui publie ses chroniques, sont déclarés coupables d'outrage au tribunal quand ils refusent de révéler au coroner la source de leur information sur le cas d'une sidéenne que l'on a aidée à se suicider, fournie dans un article paru en 1991. La décision du coroner a été soumise à la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour examen judiciaire.



<b>Février 1993</b>	Le Sous-comité sur la recodification de la Partie générale du <i>Code criminel</i> du Comité permanent de la justice et du Solliciteur général recommande que le ministre de la Justice étudie les questions juridiques et philosophiques entourant l'aide au suicide.
<b>22 mars 1993</b>	Les députés de la Chambre des communes rejettent une motion portant que le gouvernement envisage d'adopter une loi sur la question de l'euthanasie et de garantir l'immunité de poursuite aux personnes qui aident des malades en phase terminale à mourir.
<b>Avril 1993</b>	Après avoir plaidé coupable à une accusation d'avoir administré une substance délétère, un médecin ontarien ayant injecté une substance mortelle à un cancéreux gravement malade est condamné à une peine de trois ans avec sursis. Le médecin avait été accusé de meurtre au deuxième degré.
<b>30 septembre 1993</b>	Dans une décision à cinq contre quatre, la Cour suprême du Canada rejette l'appel de Sue Rodriguez (une femme atteinte de sclérose latérale amyotrophique, une maladie incurable), qui contestait en vertu de la <i>Charte canadienne des droits et libertés</i> l'interdiction de l'aide au suicide prévue au <i>Code criminel</i> . Le 29 décembre 1992, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a statué que l'article 241 du <i>Code criminel</i> n'allait pas à l'encontre de la <i>Charte</i> . Le 8 mars 1993, dans une décision à deux contre un, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a rejeté l'appel de Sue Rodriguez qui demandait à pouvoir se suicider avec l'aide d'un médecin.
<b>3 novembre 1993</b>	Le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique émet à l'intention des procureurs de la Couronne des lignes directrices sur l'inculpation des personnes impliquées dans des cas d'euthanasie active et d'aide au suicide.
<b>16 février 1994</b>	Le projet de loi d'initiative parlementaire C-215 est lu pour la première fois à la Chambre des communes
<b>Août 1994</b>	Les membres de l'Association médicale canadienne se prononcent contre l'euthanasie.
<b>Septembre 1994</b>	L'Association canadienne de soins à long terme, l'Association canadienne de soins à domicile, l'Association des hôpitaux du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de santé publique et Soutien à domicile du Canada (avec la collaboration de l'Association du Barreau canadien) publient une déclaration conjointe sur les directives préalables; on y énonce à l'intention des établissements de santé des principes directeurs sur l'élaboration d'une politique de réanimation cardiorespiratoire (RCR), le recours à la RCR, la compétence, la décision de traiter ou non, sa communication, son

application et son examen, ainsi que les soins palliatifs et d'autres traitements.

**Octobre 1994**

L'Association des hôpitaux du Canada, l'Association médicale canadienne et l'Association catholique canadienne de la santé (avec la collaboration de l'Association du Barreau canadien) publient une déclaration conjointe sur les interventions de réanimation.

**Novembre 1994**

Robert Latimer est condamné à la peine minimale obligatoire d'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans pour le meurtre au deuxième degré de sa fille Tracy, atteinte depuis sa naissance d'une forme de paralysie cérébrale caractérisée par de graves troubles de développement et handicaps physiques. Dans le but de mettre fin aux souffrances de sa fille, M. Latimer l'a installée dans la cabine de son camion et l'a asphyxiée au monoxyde de carbone au moyen d'un tuyau relié au tuyau d'échappement.

**Décembre 1994**

Un couple de Halifax, Cheryl May Myers et Michael William Power, sont condamnés à des peines avec sursis et probation de trois ans ainsi qu'à 150 heures de travaux communautaires compensatoires après avoir plaidé coupables à une accusation d'homicide involontaire pour avoir provoqué la mort par suffocation du père de M<sup>me</sup> Myers, un malade en phase terminale. Tous deux avaient d'abord été accusés de meurtre au deuxième degré.

**Février 1995**

Jean Brush plaide coupable à une accusation d'homicide involontaire coupable par suite de la mort de son mari, Cecil Brush, qui souffrait de la maladie d'Alzheimer et avait exprimé son désir de mourir en juillet 1994. Le juge a estimé qu'elle avait assez souffert et prononcé une sentence ne la privant pas de sa liberté.

Les sources suivantes ont été abondamment consultées : Margaret Smith et Susan Alter (Division du droit et du gouvernement) et Sandra Harder (Division des affaires politiques et sociales), «Bulletin d'actualité 91-9F, L'euthanasie et l'interruption de traitement», Service de recherche, Bibliothèque du Parlement (6 février 1992, révisé le 14 septembre 1994); et Russel Ogden, «The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying», 20:1 *Canadian Public Policy* (1994), 1-25. Les témoignages entendus ont constitué une autre source d'information.



## Annexe E

# Mesures législatives déjà présentées au Parlement

---

*Différents projets de loi émanant de députés ont été présentés à la Chambre des communes en ce qui concerne l'euthanasie et l'aide au suicide :*

*Projet de loi C-351 (M. Robert Wenman)*

*Projet de loi C-203 (M. Robert Wenman)*

*Projet de loi C-261 (M. Chris Axworthy)*

*Projet de loi C-385 (M. Svend Robinson)*

*et Projet de loi C-215 (M. Svend Robinson)*

- C-215** M. Robinson (Burnaby- Kingsway)  
Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide)  
Dépôt et première lecture - 16 février 1994  
Placé à l'Ordre de priorité - 22 février 1994  
Débat en deuxième lecture; rayé du feuillet - 21 septembre 1994
- C-385** M. Robinson (Burnaby- Kingsway)  
Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide)  
Dépôt et première lecture - 9 décembre 1992  
Prorogation de la législature
- C-261** M. Axworthy (Saskatoon- Clark's Crossing)  
Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie aux personnes qui le demandent et qui sont atteintes d'une affection irrémédiable, concernant l'abstention et l'interruption de traitement et modifiant le Code criminel (aide au suicide)  
Dépôt et première lecture - 19 juin 1991  
Placé à l'Ordre de priorité - 24 septembre 1991  
Débat en deuxième lecture; rayé du feuillet - 24 octobre 1991
- C-203** M. Wenman - Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)  
Dépôt et première lecture - 16 mai 1991  
Placé à l'Ordre de priorité - 16 mai 1991  
Choisie comme affaire devant faire l'objet d'un vote - 31 mai 1991  
Débat en deuxième lecture; deuxième lecture et renvoi au Comité législatif H - 24 septembre 1991

C-351

M. Wenman - Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale)

Dépôt et première lecture - 27 mars 1991

Prorogation de la législature



## Annexe F

# Articles pertinents du *Code criminel* et du *Code civil*

---

### Code criminel

*Les sujets suivants sont visés, directement ou indirectement, par le Code : (1) pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation, (2) abstention et interruption de traitement de survie, (3) aide au suicide et (4) euthanasie. On a cité intégralement les articles pertinents dans la plupart des cas, même si certaines parties ne semblent pas toucher directement les actes en question, afin de mieux en faire ressortir la portée.*

#### Consentement à la mort

14. Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

#### Opérations chirurgicales

45. Toute personne est à l'abri de responsabilité pénale lorsqu'elle pratique sur une autre, pour le bien de cette dernière, une opération chirurgicale si, à la fois:

- a) l'opération est pratiquée avec des soins et une habileté raisonnables;
- b) il est raisonnable de pratiquer l'opération étant donné l'état de santé de la personne au moment de l'opération et toutes les autres circonstances de l'espèce.

#### Devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence

215.(1) Toute personne est légalement tenue:

- a) en qualité de père ou mère, de parent nourricier, de tuteur ou de chef de famille, de fournir les choses nécessaires à l'existence d'un enfant de moins de seize ans;
- b) à titre de personne mariée, de fournir les choses nécessaires à l'existence de son conjoint;
- c) de fournir les choses nécessaires à l'existence d'une personne à charge, si cette personne est incapable, à la fois :
  - (i) par suite de détention, d'âge, de maladie, de troubles mentaux ou pour une autre cause, de se soustraire à cette charge,
  - (ii) de pourvoir aux choses nécessaires à sa propre existence.

(2) Commet une infraction quiconque, ayant une obligation légale au sens du paragraphe (1), omet, sans excuse légitime, dont la preuve lui incombe, de remplir cette obligation, si :

- a) à l'égard d'une obligation imposée par l'alinéa (1) a) ou b);

(i) ou bien la personne envers laquelle l'obligation doit être remplie se trouve dans le dénuement ou le besoin,

(ii) ou bien l'omission de remplir l'obligation met en danger la vie de la personne envers laquelle cette obligation doit être remplie, ou expose, ou est de nature à exposer, à un péril permanent la santé de cette personne;

b) à l'égard d'une obligation imposée par l'alinéa (1) c), l'omission de remplir l'obligation met en danger la vie de la personne envers laquelle cette obligation doit être remplie, ou cause, ou est de nature à causer, un tort permanent à la santé de cette personne.

(3) Quiconque commet une infraction visée au paragraphe (2) est coupable :

a) soit d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de deux ans;

b) soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

### **Obligation des personnes qui pratiquent des opérations dangereuses**

216. Quiconque entreprend d'administrer un traitement chirurgical ou médical à une autre personne ou d'accomplir un autre acte légitime qui peut mettre en danger la vie d'une autre personne est, sauf dans les cas de nécessité, légalement tenu d'apporter, en ce faisant, une connaissance, une habileté et des soins raisonnables.

### **Obligation des personnes qui s'engagent à accomplir un acte**

217. Quiconque entreprend d'accomplir un acte est légalement tenu de l'accomplir si une omission de le faire met ou peut mettre la vie humaine en danger.

### **Négligence criminelle**

219. (1) Est coupable de négligence criminelle quiconque :

a) soit en faisant quelque chose;

b) soit en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir,

montre une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui.

(2) Pour l'application du présent article, "devoir" désigne une obligation imposée par la loi.

### **Le fait de causer la mort par négligence criminelle**

220. Est coupable d'un acte criminel et passible de l'emprisonnement à perpétuité quiconque, par négligence criminelle, cause la mort d'une autre personne.

### **Causer des lésions corporelles par négligence criminelle**

221. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans quiconque, par négligence criminelle, cause des lésions corporelles à autrui.

### **Homicide**

222. (1) Commet un homicide quiconque, directement ou indirectement, par quelque moyen, cause la mort d'un être humain.

(2) L'homicide est coupable ou non coupable.



(3) L'homicide non coupable ne constitue pas une infraction.

(4) L'homicide coupable est le meurtre, l'homicide involontaire coupable ou l'infanticide.

(5) Une personne commet un homicide coupable lorsqu'elle cause la mort d'un être humain:

a) soit au moyen d'un acte illégal;

b) soit par négligence criminelle;

c) soit en portant cet être humain, par des menaces ou la crainte de quelque violence, ou par la supercherie, à faire quelque chose qui cause sa mort;

d) soit en effrayant volontairement cet être humain, dans le cas d'un enfant ou d'une personne malade.

## Meurtre

**229.** L'homicide coupable est un meurtre dans l'un ou l'autre des cas suivants :

a) la personne qui cause la mort d'un être humain :

(i) ou bien a l'intention de causer sa mort,

(ii) ou bien a l'intention de lui causer des lésions corporelles qu'elle sait être de nature à causer sa mort, et qu'il lui est indifférent que la mort s'ensuive ou non;

b) une personne, ayant l'intention de causer la mort d'un être humain ou ayant l'intention de lui causer des lésions corporelles qu'elle sait de nature à causer sa mort, et ne se souciant pas que la mort en résulte ou non, par accident ou erreur cause la mort d'un autre être humain, même si elle n'a pas l'intention de causer la mort ou des lésions corporelles à cet être humain;

c) une personne, pour une fin illégale, fait quelque chose qu'elle sait, ou devrait savoir, de nature à causer la mort et, conséquemment, cause la mort d'un être humain, même si elle désire atteindre son but sans causer la mort ou une lésion corporelle à qui que ce soit.

## Classification

**231.** (1) Il existe deux catégories de meurtres : ceux du premier degré et ceux du deuxième degré.

(2) Le meurtre au premier degré est le meurtre commis avec préméditation et de propos délibéré.

...

(7) Les meurtres qui n'appartiennent pas à la catégorie des meurtres au premier degré sont des meurtres au deuxième degré.

## Homicide involontaire coupable

**234.** L'homicide coupable qui n'est pas un meurtre ni un infanticide constitue un homicide involontaire coupable.

## Peine pour meurtre

**235.** (1) Quiconque commet un meurtre au premier degré ou un meurtre au deuxième degré est coupable d'un acte criminel et doit être condamné à l'emprisonnement à perpétuité.

(2) Pour l'application de la partie XXIII, la sentence d'emprisonnement à perpétuité prescrite par le présent article est une peine minimale.

## **Punition de l'homicide involontaire coupable**

236. Quiconque commet un homicide involontaire coupable est coupable d'un acte criminel et passible de l'emprisonnement à perpétuité.

## **Fait de conseiller le suicide ou d'y aider**

241. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas :

- a) conseille à une personne de se donner la mort;
- b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort,

que le suicide s'ensuive ou non.

## **Fait d'administrer une substance délétère**

245. Quiconque administre ou fait administrer à une personne, ou fait en sorte qu'une personne prenne, un poison ou une autre substance destructive ou délétère, est coupable d'un acte criminel et passible :

- a) d'un emprisonnement maximal de quatorze ans, s'il a l'intention, par là, de mettre la vie de cette personne en danger ou de lui causer des lésions corporelles;
- b) d'un emprisonnement maximal de deux ans, s'il a l'intention, par là, d'affliger ou de tourmenter cette personne.

## **Voies de fait**

265. (1) Commet des voies de fait, ou se livre à une attaque ou une agression, quiconque, selon le cas :

- a) d'une manière intentionnelle, emploie la force, directement ou indirectement, contre une autre personne sans son consentement;
- b) tente ou menace, par un acte ou un geste, d'employer la force contre une autre personne, s'il est en mesure actuelle, ou s'il porte cette personne à croire, pour des motifs raisonnables, qu'il est alors en mesure actuelle d'accomplir son dessein;

...

(2) Le présent article s'applique à toutes les espèces de voies de fait, y compris les agressions sexuelles, les agressions sexuelles armées, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles et les agressions sexuelles graves.

(3) Pour l'application du présent article, ne constitue pas un consentement le fait pour le plaignant de se soumettre ou de ne pas résister en raison :

- a) soit de l'emploi de la force envers le plaignant ou une autre personne;
- b) soit des menaces d'emploi de la force ou de la crainte de cet emploi envers le plaignant ou une autre personne;
- c) soit de la fraude;
- d) soit de l'exercice de l'autorité.

(4) Lorsque l'accusé allègue qu'il croyait que le plaignant avait consenti aux actes sur lesquels l'accusation est fondée, le juge, s'il est convaincu qu'il y a une preuve suffisante et que cette



preuve constituerait une défense si elle était acceptée par le jury, demande à ce dernier de prendre en considération, en évaluant l'ensemble de la preuve qui concerne la détermination de la sincérité de la croyance de l'accusé, la présence ou l'absence de motifs raisonnables pour celle-ci.

**266.** Quiconque commet des voies de fait est coupable :

- a) soit d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans;
- b) soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

### **Agression armée ou infliction de lésions corporelles**

**267.** (1) Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans quiconque, en se livrant à des voies de fait, selon le cas :

...

- b) inflige des lésions corporelles au plaignant.

(2) Pour l'application du présent article et des articles 269 et 272, "lésions corporelles" désigne une blessure qui nuit à la santé ou au bien-être du plaignant et qui n'est pas de nature passagère ou sans importance.

### **Voies de fait graves**

**268.** (1) Commet des voies de fait graves quiconque blesse, mutilé ou défigure le plaignant ou met sa vie en danger.

(2) Quiconque commet des voies de fait graves est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans.

### **Infliction illégale de lésions corporelles**

**269.** Quiconque cause illégalement des lésions corporelles à une personne est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans.

### **Emprisonnement à perpétuité**

**742.** Sous réserve de l'article 742.1, le bénéfice de la libération conditionnelle est subordonné, en cas de condamnation à l'emprisonnement à perpétuité :

- a) pour haute trahison ou meurtre au premier degré, à l'accomplissement d'au moins vingt-cinq ans de la peine;
- a.1) pour meurtre au deuxième degré, dans le cas d'une personne qui a causé la mort et qui a déjà été condamnée pour homicide coupable équivalent à meurtre, peu importe sa qualification en vertu de quelque texte de loi que ce soit, à l'accomplissement d'au moins vingt-cinq ans de la peine;
- b) pour meurtre au deuxième degré, à l'accomplissement d'au moins dix ans de la peine, délai que le juge peut porter à au plus vingt-cinq ans en vertu de l'article 744;
- c) pour toute autre infraction, à l'application des conditions normalement prévues.

## Code civil du Québec, L.R.Q.

### Titre deuxième De certains droits de la personnalité Chapitre premier De l'intégrité de la personne

**Art. 10.** Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

#### Section I Des soins

**Art. 11.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

**Art. 12.** Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

**Art. 13.** En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

**Art. 14.** Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

**Art. 15.** Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

**Art. 16.** L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.



Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

**Art. 17.** Le mineur de quatorze ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

**Art. 18.** Lorsque la personne est âgée de moins de quatorze ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

**Art. 19.** Une personne majeure, apte à consentir, peut aliéner entre vifs une partie de son corps pourvu que le risque encouru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut raisonnablement en espérer.

Un mineur ou un majeur inapte ne peut aliéner une partie de son corps que si celle-ci est susceptible de régénération et qu'il n'en résulte pas un risque sérieux pour sa santé, avec le consentement du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, tuteur ou curateur, et l'autorisation du tribunal.

**Art. 20.** Une personne majeure, apte à consentir, peut se soumettre à une expérimentation pourvu que le risque couru ne soit pas hors de proportion avec le bienfait qu'on peut raisonnablement en espérer.

**Art. 21.** Un mineur ou un majeur inapte ne peut être soumis à une expérimentation qu'en l'absence de risque sérieux pour sa santé et d'opposition de sa part s'il comprend la nature et les conséquences de l'acte; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du mandataire, tuteur ou curateur est nécessaire.

L'expérimentation qui ne vise qu'une personne ne peut avoir lieu que si l'on peut s'attendre à un bénéfice pour la santé de la personne qui y est soumise et l'autorisation du tribunal est nécessaire.

Lorsqu'elle vise un groupe de personnes mineures ou majeures inaptes, l'expérimentation doit être effectuée dans le cadre d'un projet de recherche approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sur avis d'un comité d'éthique du centre hospitalier désigné par le ministre ou d'un comité d'éthique créé par lui à cette fin; il faut de plus qu'on puisse s'attendre à un bénéfice pour la santé des personnes présentant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les personnes soumises à l'expérimentation.

Ne constituent pas une expérimentation les soins que le comité d'éthique du centre hospitalier concerné considère comme des soins innovateurs qui sont requis par l'état de santé de la personne qui s'y soumet.

**Art. 22.** Une partie du corps, qu'il s'agisse d'organes, de tissus, ou d'autres substances, prélevée sur une personne dans le cadre de soins qui lui sont prodigués, peut être utilisée aux fins de recherche, avec le consentement de la personne concernée ou de celle habilitée à consentir pour elle.

**Art. 23.** Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une expérimentation, prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.

Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus.

**Art. 24.** Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une expérimentation doit être donné par écrit.

Il peut toujours être révoqué, même verbalement.

**Art. 25.** L'aliénation que fait une personne d'une partie ou de produits de son corps doit être gratuite; elle ne peut être répétée si elle présente un risque pour la santé.

L'expérimentation ne peut donner lieu à aucune contrepartie financière hormis le versement d'une indemnité en compensation des pertes et des contraintes subies.



## Annexe G

# Modifications législatives : quelques propositions

---

*Au cours de son étude, le Comité a reçu plusieurs propositions de modifications au Code criminel.*

### 1. Le professeur Bernard M. Dickens (extrait d'un mémoire présenté au Comité spécial)

1. L'aide au suicide doit être prévue dans le *Code criminel*, grâce à l'ajout d'une exception à l'alinéa 241b). Le fait de conseiller le suicide doit demeurer punissable en vertu de l'alinéa 241a).

2. Une personne physiquement incapable de se suicider doit pouvoir présenter une requête aux tribunaux, suivant des lignes directrices comparables à celles proposées par le juge en chef Lamer dans l'affaire *Rodriguez*, pour obtenir la permission de mourir avec l'aide d'autrui. Il faut par conséquent prévoir une exception à l'article 14 du *Code criminel*, qui porte que :

14. Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

3. Le président du tribunal, dans chaque cas, donnerait à une personne désignée le pouvoir discrétionnaire, par opposition au devoir, d'agir; ainsi, le requérant n'aurait aucun "droit à la mort", et la personne désignée n'aurait aucun "devoir de donner la mort".

4. La condamnation des actes causant la mort sans approbation judiciaire ou en dehors du cadre judiciaire, selon les modalités du paragraphe 2 ci-dessus, serait renforcée dans la pratique par l'introduction d'une nouvelle catégorie, mieux adaptée, d'acte criminel, le meurtre au troisième degré, pour lequel la peine, comme pour l'homicide involontaire coupable et la négligence criminelle causant la mort, pourrait néanmoins aller jusqu'à l'emprisonnement à vie. Le juge imposerait la peine sur déclaration de culpabilité en fonction des circonstances. Une personne inculpée de meurtre au premier ou au deuxième degré pourrait être déclarée coupable de meurtre au troisième degré si la preuve démontrait qu'elle a agi par suite d'une demande faite par la victime en toute lucidité, mais sans approbation judiciaire. En l'absence de demande, un acte causant la mort demeurerait punissable, vraisemblablement à titre de meurtre au premier degré. L'établissement d'une catégorie de meurtre au troisième degré pourrait, mieux que la loi actuelle, préserver l'équilibre entre les garanties que doit avoir le public quant à la protection des personnes vulnérables et la reconnaissance du fait que certains actes causant la mort sont parfois mal avisés, mais accomplis sans intention malveillante.



### 2. Eike-Henner Kluge, Délibérations du Comité, 27 septembre 1994, fascicule n° 15, p. 39-43

«Je propose donc au Comité une restructuration possible du *Code criminel* selon le modèle suivant:

217.1 Rien dans les articles 14, 45, 215, 216 et 217 et dans d'autres articles connexes du Code criminel ne doit être interprété comme

- a) exigeant d'un médecin qualifié qu'il entreprenne ou continue d'administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne apte à prendre une décision qui demande que le traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi;
- b) exigeant d'un médecin qualifié qu'il entreprenne ou continue d'administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne apte à prendre une décision qui a donné des directives à l'avance pour que le traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi et qui n'a pas changé d'idée;
- c) exigeant d'un médecin qualifié qu'il entreprenne ou continue d'administrer un traitement chirurgical ou médical à une personne lorsqu'un mandataire dûment habilité par la personne, qui applique les normes appropriées de prise de décisions au nom d'autrui, demande formellement que le traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi;
- d) empêchant un médecin qualifié d'entreprendre ou de continuer d'administrer des soins et des mesures palliatives ayant pour but d'éliminer ou de soulager la souffrance d'une personne pour l'unique raison que les soins ou mesures provoqueront une mort prématurée, ou sont susceptibles de le faire, sauf si
  - (i) la personne apte à prendre une décision demande que de telles mesures ne soient pas entreprises si ces mesures ont pour effet de provoquer une mort prématurée, ou si la personne l'a demandé à l'époque où elle était apte; ou
  - (ii) le mandataire dûment habilité de la personne, qui applique les normes appropriées de prise de décisions au nom d'autrui, demande que de telles mesures ne soit pas entreprises si ces mesures ont pour effet de provoquer une mort prématurée.

Je recommande de plus au Comité d'accepter dans sa sagesse l'ajout de quelques nouveaux articles au *Code criminel* :

xxx.1 Nonobstant les dispositions des articles 14, 45, 215, 216, 217 ou de tout autre article connexe, aucun médecin qualifié ne commet une infraction en vertu de ces articles s'il

- a) n'entreprend pas ou ne continue pas d'administrer
  - (i) un traitement chirurgical ou médical à une personne apte à prendre une décision qui demande formellement que le traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi;
  - (ii) un traitement chirurgical ou médical à une personne apte à prendre une décision qui a donné des directives à l'avance pour que le traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi et qui n'a pas changé d'idée;
  - (iii) un traitement chirurgical ou médical à une personne lorsqu'un mandataire dûment habilité par la personne, qui applique les normes appropriées de prise de décisions au nom d'autrui, demande formellement que le traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi;

ou

- b) entreprend ou continue d'administrer des soins et des mesures palliatives ayant pour but d'éliminer ou de soulager la souffrance d'une personne pour l'unique raison que les soins ou mesures provoqueront ou sont susceptibles de provoquer une mort prématurée, sauf si
  - (i) la personne apte à prendre une décision demande que de telles mesures ne soient pas entreprises si ces mesures ont pour effet de provoquer une mort prématurée, ou si la personne l'a demandé à l'époque où elle était apte; ou
  - (ii) le mandataire dûment habilité de la personne, qui applique les normes appropriées de prise de décisions au nom d'autrui, demande que de telles mesures ne soient pas entreprises si ces mesures ont pour effet de provoquer une mort prématurée.



xxx.2 Si une personne est susceptible de mourir prématurément en raison de mesures palliatives où l'on utilise des médicaments ou des moyens semblables, et si la période conduisant à cette mort prématurée est plus courte que celle qui correspond normalement à l'utilisation de mesures palliatives appropriées et reconnues, le cas doit faire l'objet d'un examen par un groupe indépendant formé d'un médecin n'ayant aucun lien avec l'une ou l'autre des parties concernées, d'un représentant du procureur général de la juridiction où la mort a eu lieu et d'un membre indépendant du public possédant une formation en éthique.

xxx.3 Si ce groupe indépendant détermine que l'événement n'a pas eu lieu en conformité avec la volonté exprimée par le patient apte ou les normes appropriées de prise de décisions au nom d'autrui, selon le cas, les autres dispositions pertinentes du *Code criminel* s'appliquent.

Par ailleurs, étant donné que la Cour suprême a jugé, à l'unanimité, que l'alinéa 241b) du *Code criminel* viole l'article 15 de la *Charte des droits et libertés*, et que le juge en chef Lamer, de la Cour suprême du Canada, et le juge en chef McEachern, de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, ont tous deux, à leur manière, fait des propositions qui répondent aux exigences de l'article premier de la *Charte*, je recommande vivement au Comité d'accepter que l'alinéa 241b) du *Code criminel* soit abrogé du fait que l'article premier de la *Charte* ne peut en justifier l'existence.

En outre, j'invite le Comité à étudier l'ébauche suivante d'une disposition sur l'euthanasie volontaire :

yyy.1 Si une personne est atteinte d'une maladie ou d'une affection incurable et irrémédiable et que cette personne croit que la maladie ou l'affection viole ses valeurs fondamentales, alors

a) cette personne peut demander à une cour supérieure la permission de réclamer l'aide d'un médecin pour mettre fin à ses jours le plus rapidement et le moins douloureusement possible, conformément à ses valeurs fondamentales; et

b) sur présentation de la preuve par un psychiatre indépendant et le médecin traitant que la personne faisant la demande est apte à prendre une décision, le tribunal doit entendre une telle demande aussi promptement que possible.

yyy.2 Le tribunal, après avoir mûrement évalué l'état physique et mental de la personne qui demande une permission en vertu de l'article yyy.1 ainsi que les valeurs fondamentales de cette personne, et en tenant compte de la nature médicale de l'affliction, peut accéder à la requête.

yyy.3 Toute permission accordée en vertu de l'article yyy.2

a) doit être enregistrée auprès du coroner régional de la juridiction compétente;

b) est valable pour une période de six mois; et

c) doit comprendre une ordonnance exigeant que le coroner soit dûment avisé au cas où l'on se prévaudrait de la permission.

yyy.4 Tout médecin agissant conformément à une permission accordée en vertu de l'article yyy.2 et conformément à la volonté de la personne qui a présenté une requête en vertu de l'article yyy.1 doit utiliser, après mûre réflexion, les mesures appropriées pour mettre fin à la vie de la personne le plus rapidement et le moins douloureusement possible.

yyy.5 Tout médecin agissant conformément à une permission accordée en vertu des articles yyy.2, yyy.3 et yyy.4, et en respectant les dispositions de ces articles, sera présumé n'avoir commis aucune infraction au sens de la présente loi.

zzz.1 Toute personne qui est atteinte d'une maladie ou d'une affection incurable et irrémédiable et qui, pour des raisons d'incapacité, ne peut présenter une requête au tribunal en vertu de l'article yyy.1, peut faire présenter une telle requête en son nom par un mandataire dûment habilité qui applique les normes appropriées de prise de décisions au nom d'autrui.

zzz.2 Toute requête présentée en vertu de l'article zzz.1 doit être traitée par le tribunal comme si elle avait été présentée par la personne inapte en son propre nom.

zzz.3 En étudiant la requête présentée en vertu de l'article zzz.1, le tribunal doit tenir compte des vœux et des valeurs exprimés précédemment par la personne maintenant inapte, si cette personne était apte à l'époque.

zzz.4 Si ces valeurs ne peuvent être établies de façon satisfaisante, le tribunal utilisera les valeurs et les normes actuellement acceptées par la société canadienne, et la nature de ces valeurs et de ces normes sera déterminée par le tribunal en consultation avec

- a) un représentant dûment habilité d'une association de personnes handicapées;
- b) un médecin praticien;
- c) une infirmière praticienne;
- d) une personne spécialisée en éthique biomédicale; et
- e) un membre du public.

zzz.5 Dans le cas d'une requête présentée en vertu de l'article zzz.1 au nom d'une personne qui n'a jamais été apte, le tribunal utilisera les valeurs et les normes actuellement acceptées par la société, lesquelles seront déterminées conformément à l'article zzz.4.



### **3. La Commission de réforme du droit, Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement, 20<sup>e</sup> rapport, juillet 1983, p. 33-37.**

#### **I. L'euthanasie**

La Commission n'est pas en faveur de la légalisation de l'euthanasie sous aucune de ses formes. C'est là l'opinion exprimée dans les deux recommandations suivantes, qui ont toutes les deux fait l'objet d'une discussion dans le présent rapport.

**La Commission recommande de ne pas légaliser ni décriminaliser, sous aucune de ses formes, l'euthanasie active volontaire et de continuer à traiter celle-ci comme un homicide coupable.**

**La Commission recommande de ne pas faire du meurtre par compassion une infraction distincte de celle de l'homicide d'une part, et d'autre part de ne pas formellement reconnaître pour ce type d'homicide des modalités de sentence différentes de celles prévues pour le meurtre.**

#### **II. L'aide au suicide**

La Commission n'est pas en faveur de la décriminalisation de l'infraction qui consiste à aider ou à conseiller le suicide. Dans le document de travail n° 28, elle avait provisoirement fait la recommandation suivante : «Nul ne peut être poursuivi pour une infraction prévue au présent article sans l'autorisation du procureur général lui-même, donnée par écrit». Pour les raisons mentionnées dans les pages qui précèdent, la Commission a toutefois décidé d'omettre cette recommandation. La recommandation suivante exprime la position finale de la Commission en matière d'aide au suicide.

**La Commission recommande de ne pas décriminaliser l'aide au suicide et de maintenir le texte actuel de l'article 224 du *Code criminel*.**



### III. L'interruption de traitement et la renonciation au traitement

La Commission recommande que les modifications suivantes soient apportées au *Code criminel* :

**199.1 Rien dans les articles 14, 45, 198, 199 et 229 ne doit être interprété comme créant une obligation pour un médecin**

**a) de continuer à administrer ou d'entreprendre un traitement médical, lorsque la personne à laquelle ce traitement s'adresse a exprimé sa volonté du contraire;**

**b) de continuer à administrer ou d'entreprendre un traitement médical, lorsque ce traitement est devenu thérapeutiquement inutile dans les circonstances et n'est pas dans le meilleur intérêt de la personne à laquelle il s'adresse.**

Ce texte est dans l'ensemble comparable à celui que la Commission avait suggéré dans le document de travail n° 28. Les quelques modifications qui y ont été apportées méritent un bref commentaire.

Sur le plan de la forme tout d'abord et en premier lieu, une mention de l'article 229 a été ajoutée suite à la suggestion d'un groupe d'avocats. L'article 229 du *Code criminel* crée une infraction d'administrer à quelqu'un un poison ou une «substance délétère». Même s'il est douteux que ce texte trouverait son application en matière médicale, il a été jugé plus prudent de l'ajouter.

En second lieu, on remarquera la disparition de l'adverbe «clairement» dans les deux alinéas du texte proposé. Les représentants du barreau d'une des provinces nous ont en effet convaincu que cet adverbe n'ajoutait rien et risquait même de susciter, le cas échéant, des difficultés d'interprétation. Nous l'avons par conséquent omis dans la version définitive.

En troisième lieu, beaucoup de nos correspondants ont critiqué l'utilisation de l'expression «traitement médicalement inutile», comme ayant un caractère nettement péjoratif et véhiculant l'idée que la médecine puisse avoir comme règle de conduite l'acharnement thérapeutique.

Un traitement médical utile peut devenir par la suite inutile sur le plan thérapeutique. C'est pour mieux exprimer l'idée de ce continuum dans le traitement d'une part, et d'autre part pour souligner l'idée qu'à un moment précis ce même traitement peut être devenu inapte à guérir ou à soulager le patient, que nous avons décidé de changer le texte et d'y substituer l'expression «traitement... devenu thérapeutiquement inutile dans les circonstances»; le mot «thérapeutiquement» est employé ici dans son sens courant. Il y a thérapie lorsque l'intervention permet de guérir ou de soulager le patient.

Dans ce même membre de phrase, nous avons également ajouté comme condition supplémentaire que l'interruption de traitement n'aille pas à l'encontre du «meilleur intérêt de la personne». Pour prendre une illustration, il peut être du meilleur intérêt d'un mourant, pour lequel le traitement ne peut plus rien, de continuer à recevoir celui-ci pour permettre, par exemple, de revoir une dernière fois un être cher, de préparer un testament, ou de mettre certaines de ses affaires en ordre.

En quatrième lieu, nous avons cru bon, à la suite d'une remarque qui nous a été faite, de supprimer dans le second alinéa la phrase «... à moins que cette personne n'ait exprimé sa volonté du contraire». Cette phrase, en effet, aurait pu être mal interprétée comme signifiant qu'un médecin qui refuserait de consentir à la demande expresse du patient de lui appliquer un traitement médicalement contre-indiqué dans les circonstances, pourrait de ce seul refus être tenu criminellement responsable.

Sur le fond, ce texte consacre donc les recommandations principales de la Commission. Les différents textes énumérés dans l'article proposé, à des degrés divers et pour des raisons variées, peuvent soulever des

difficultés d'interprétation quant à l'obligation du médecin de traiter ou de ne pas traiter. Le texte proposé, sans changer le droit actuel, vise à clarifier cette obligation.

Le premier alinéa contient tout simplement l'expression de la règle de droit actuel. Le patient est maître des décisions le concernant. S'il a exprimé sa volonté d'interrompre un traitement déjà entrepris ou de ne pas se soumettre à ce traitement, sa volonté est souveraine. Le médecin doit donc la respecter. L'expression de cette volonté est une question de fait. Le patient peut l'exprimer verbalement ou par écrit, par exemple par le biais d'un «testament de vie», lequel sans avoir véritablement force et effet juridiques, peut servir d'expression de sa volonté. La sanction que le médecin pourrait se voir imposer, s'il passait outre, est déjà contenue dans divers textes du *Code criminel*. Il pourrait, en tout cas, être accusé de voies de fait.

Le second alinéa énonce le principe que le médecin ne pourra être poursuivi en vertu des dispositions du *Code criminel* s'il cesse d'administrer un traitement ou décide de ne pas entreprendre l'administration d'un traitement qui, dans les circonstances de l'espèce, est thérapeutiquement inutile et n'est pas dans l'intérêt de la personne. Ainsi en serait-il, par exemple, de la continuation de la ventilation artificielle chez un patient qui a déjà subi un arrêt irréversible de ses fonctions cérébrales.

Ainsi en serait-il également du médecin qui, pour éviter de prolonger l'agonie d'un de ses patients en phase terminale, décide d'interrompre l'administration d'antibiotiques destinés à soigner la pneumonie dont ce patient est atteint.

Ainsi en serait-il également du chirurgien qui décide de ne pas opérer un nouveau-né pour une malformation parce que celui-ci, même si l'opération réussissait, ne pourrait survivre aux autres malformations dont il est affligé.

Comme on le notera, ce texte ne fait aucune différence entre la personne capable de consentir et l'incapable, pour les raisons que la Commission a exposées. De plus, le texte ne dit pas comment le médecin doit prendre sa décision et qui il peut ou devrait alors consulter. Pour se conformer à la norme du droit criminel en effet, peu importe la façon dont il atteint sa décision, du moment qu'il peut démontrer qu'elle était thérapeutiquement appropriée dans les circonstances, prise dans le meilleur intérêt de la personne et non contre sa volonté.

**199.2 Rien dans les articles 14, 45, 198, 199 et 229 ne doit être interprété comme empêchant un médecin d'entreprendre ou l'obligeant à interrompre l'administration de soins palliatifs et de mesures destinées à éliminer ou à atténuer les souffrances d'une personne pour la seule raison que ces soins ou ces mesures sont susceptibles de raccourcir l'expectative de vie de cette personne.**

Ce texte, comme il a été expliqué plus haut, vise à lever un doute en matière d'administration des soins palliatifs.

La Commission, à la suggestion extrêmement pertinente d'une organisation médicale d'une des provinces, a modifié légèrement le texte proposé dans le document de travail, en ajoutant que les textes cités ne devaient pas être interprétés comme obligeant un médecin à interrompre les soins palliatifs déjà commencés.

Le texte exprime simplement l'idée que le devoir du médecin lorsqu'il ne peut plus rien pour son patient, est de lui fournir les soins palliatifs appropriés. S'il le fait, l'usage de drogues, de médicaments ou de traitements anti-douleur est légal et légitime même si l'administration de ceux-ci peut avoir pour effet de raccourcir l'expectative de vie du patient.

*La numérotation du Code criminel a été modifiée depuis la publication du rapport de la Commission de réforme du droit, en 1983.
--



**Rodriguez c. Colombie-Britannique (P.G.) — Cour suprême du Canada — Le juge en chef Lamer [1993] 3 R.C.S. 519-579 (jugement dissident)**

1. Une personne qui veut mettre fin à ses jours doit présenter une requête en ce sens à une cour supérieure.
2. Un médecin traitant et un psychiatre indépendant doivent certifier que le requérant est mentalement capable de prendre la décision de mettre fin à sa vie, et les médecins doivent certifier que la décision du requérant a été prise librement et volontairement.
3. Il faut qu'au moins l'un des médecins soit présent auprès du requérant au moment du suicide avec aide.
4. Les médecins doivent également certifier que le requérant est ou deviendra physiquement incapable de se suicider sans aide et qu'ils l'ont informé qu'il conserve toujours le droit de revenir sur sa décision.
5. Un avis doit être remis au coroner régional afin qu'il puisse assister à l'examen effectué par le psychiatre indépendant.
6. Chaque jour, l'un des médecins certificateurs doit examiner le requérant afin de s'assurer qu'il a toujours l'intention de mettre fin à sa vie.
7. L'exemption constitutionnelle expirera si la personne mourante n'a pas exercé son option dans les 31 jours suivant la date de son examen par un psychiatre indépendant.
8. L'acte causant la mort du requérant doit être l'acte du requérant lui-même et non celui d'autrui.

**Commentaires**

Le juge en chef a précisé que les conditions qu'il propose visent la situation particulière de Sue Rodriguez et, bien qu'elles puissent servir dans des circonstances similaires à l'avenir, chaque requête devra être examinée dans son propre contexte.

Le juge Cory souscrit aux lignes directrices proposées par le juge en chef. La juge McLachlin y souscrit aussi dans l'ensemble, mais elle estime que certaines pourraient ne pas être indispensables dans tous les cas et que les conditions nécessaires pourraient varier d'un cas à l'autre. L'essentiel, dans tous les cas, est que le requérant ait consenti librement et volontairement au suicide avec aide.



**Rodriguez c. Colombie-Britannique (P.G.)— Cour d'appel de la Colombie-Britannique — Le juge en chef McEachern (1993) 76 BCLR (2d) 145-168 (jugement dissident)**

1. Une personne qui veut mettre fin à ses jours doit présenter une requête en ce sens à une cour supérieure.
2. Le requérant doit être mentalement capable de décider de mettre fin à ses jours, sa capacité devant être certifiée par écrit par un médecin traitant et par un psychiatre indépendant qui l'aura examiné au plus 24 heures avant la mise en place des moyens qui lui permettront de mettre fin à sa vie. Ces moyens ne peuvent être fonctionnels qu'en présence d'un des médecins. (Dans le certificat, les médecins doivent exprimer l'opinion que le requérant est non seulement capable mais aussi que, à leur avis, il désire réellement mettre fin à ses jours et a pris cette décision de son plein gré, sans aucune pression ni influence autres que sa propre situation. Ils doivent s'assurer que le requérant n'a pas changé d'avis depuis ses premières déclarations.)
3. Le requérant doit être en phase terminale et à l'article de la mort et ne doit avoir aucun espoir de guérison. Il éprouve ou, sans traitement, éprouverait une douleur physique intolérable ou des souffrances psychologiques graves. En outre, il a été avisé et comprend qu'il lui est loisible, en tout temps, de renoncer à son projet de mettre fin à ses jours. Les médecins doivent également indiquer à quel moment, selon eux, le requérant mourrait vraisemblablement a) si un traitement palliatif lui était administré et b) si aucun traitement palliatif ne devait lui être administré.
4. Pas moins de trois jours avant qu'un psychiatre examine le requérant afin de préparer ledit certificat, un avis doit être remis au coroner de la région ou du district où le requérant doit être examiné. Le coroner, ou une personne qu'il désigne, qui doit être médecin, peut être présent à l'occasion de l'examen du requérant par un psychiatre afin de vérifier qu'il est bien mentalement capable de décider et qu'il décide effectivement de mettre fin à sa vie.
5. L'un des médecins qui remet le certificat précédemment mentionné doit réexaminer le requérant quotidiennement après la mise en place des moyens susmentionnés afin de garantir qu'il a toujours la même intention de mettre fin à ses jours. Si le requérant se donne la mort, ce médecin doit fournir un second certificat au coroner confirmant que, selon lui, le requérant n'avait pas changé d'avis.
6. Personne ne peut aider le requérant à tenter de se donner la mort ou à se donner la mort après l'expiration de la période de 31 jours à compter de la date de délivrance du premier certificat. Dès l'expiration de ce délai, toutes les mesures prises pour aider le requérant à mettre fin à ses jours doivent être immédiatement invalidées et interrompues. Cette condition vise à garantir, dans la mesure du possible, que le requérant n'a pas changé d'avis depuis son examen par un psychiatre.
7. L'acte causant la mort du requérant doit être l'acte du requérant lui-même, posé sans aide, et non celui d'autrui.

### Commentaires

Le juge McEachern a précisé qu'il ne faut voir dans les conditions susmentionnées que des lignes directrices pouvant être modifiées en fonction des circonstances particulières à chaque cas.



### Société canadienne du SIDA (extrait d'un mémoire présenté au Comité spécial)

1. Il faut mettre sur pied des comités chargés d'examiner toutes les options de fin de vie.



2. Le patient ne doit pas être dans un état dépressif au moment où il décide de mettre fin à ses jours.
3. Les médecins et les conseillers qui aident une personne à mourir doivent connaître cette personne depuis longtemps avant d'accepter de l'aider.
4. La personne qui veut mourir doit en faire la demande de façon répétée.
5. La mort doit être imminente.

## Commentaires

Les lignes directrices qui précèdent ont été préparées par un groupe choisi de membres de la Société canadienne du SIDA ayant participé à une étude effectuée par cette dernière auprès de ses adhérents. Ceux qui ont proposé les mesures en question appuyaient la légalisation de l'euthanasie dans des circonstances bien précises.



## Choice in Dying, Ottawa (extrait d'un mémoire présenté au Comité spécial, le mercredi 1<sup>er</sup> juin 1994)

1. Il faut élaborer des lignes directrices en vertu desquelles le droit à l'autodétermination serait l'élément central de toute loi envisagée.
2. Plus précisément, toute réforme des lois actuelles doit reconnaître le droit à l'autodétermination et éliminer toutes les menaces de sanctions criminelles qui pèsent sur ceux qui aident d'autres personnes à exercer ce droit.
3. Chacun doit avoir le droit :
  - a) d'accepter ou de refuser l'administration ou la poursuite d'un traitement médical;
  - b) d'accepter ou de refuser le maintien en vie par des méthodes artificielles, entre autres pour l'alimentation et le maintien de la respiration et de l'activité cardiaque.
4. Tout malade incurable ou en phase terminale a le droit :
  - a) de déterminer le niveau de souffrance qui lui est supportable;
  - b) de demander et de recevoir une aide professionnelle pour hâter sa mort, à condition qu'il le demande clairement et constamment d'une manière qui ne laisse aucun doute quant à ses volontés.
5. Les directives préalables doivent être reconnues par la loi et respectées lorsqu'un patient devient mentalement ou physiquement incapable.
6. Nul ne doit être contraint d'aider quelqu'un à hâter sa mort, mais si un soignant exerce ce droit de refus, il doit être tenu de diriger le patient vers une autre personne qualifiée qui est disposée à respecter les volontés du patient.
7. Les dispensateurs de soins médicaux et palliatifs ont le devoir de conseiller le patient avec bienveillance mais impartialité sur toute les options à sa disposition. Malgré l'importance de tels conseils pour le patient, si ce dernier ne veut pas qu'on le conseille, il faut alors respecter son souhait.
8. Seule l'euthanasie volontaire, conforme au principe de l'autodétermination dans les soins de santé, doit être légalisée. Cependant, lorsqu'une personne devenue incapable a demandé

l'euthanasie volontaire au moyen d'une directive préalable, cette requête doit être considérée comme valide si les circonstances entourant sa réalisation sont exposées clairement.

9. Les parents et d'autres personnes doivent pouvoir être présents au moment du suicide sans courir le risque de sanctions pénales.

10. Il faut offrir une certaine forme de counselling aux patients en phase terminale, qu'ils soient chez eux ou à l'hôpital.



### **Mourir dans la dignité (extrait d'un mémoire présenté au Comité spécial)**

1. Une personne qui demande une aide médicale au suicide doit le faire volontairement et à maintes reprises. La demande doit être consignée et, si possible, attestée par des témoins. Elle peut prendre la forme d'un testament biologique, d'une procuration permanente pour soins de santé, d'une déclaration d'euthanasie volontaire ou de toute autre directive donnée verbalement, par écrit ou sur support informatique.

2. Toute personne apte à prendre des décisions concernant les traitements qui lui sont donnés est réputée apte à présenter une demande d'aide médicale à la mort. Pour confirmer l'aptitude de la personne, le médecin peut demander une évaluation psychiatrique ou psychologique.

3. Une demande peut être présentée par toute personne capable, qui est en phase terminale ou atteinte d'une maladie chronique irréversible, lorsque cette personne considère que ses souffrances sont intolérables.

4. La personne doit être parfaitement au fait de tous les traitements possibles, y compris les soins palliatifs, et savoir qu'elle peut toujours changer d'avis en révoquant la demande d'aide médicale à la mort, que ce soit verbalement, par écrit ou sur support informatique.

5. Il faut informer de la demande la famille de la personne ou ceux que cette dernière aura désignés, mais la décision finale lui appartient.

6. Un médecin, de préférence le médecin traitant de la personne, et au moins un autre travailleur de la santé qui connaît la personne depuis un laps de temps raisonnable, doivent être consultés et confirmer le diagnostic et le pronostic. (Il n'est pas toujours possible d'obtenir l'avis d'un deuxième médecin. Dans ces cas, l'autre conseiller du domaine de la santé peut être une infirmière, une infirmière de première ligne, un travailleur social ou un aumônier.)

7. Lorsqu'il est possible de le faire sans imposer une attente ou des souffrances indues à la personne qui présente la demande, il est préférable qu'il y ait consultation entre plusieurs intervenants. Il n'est pas essentiel que tous soient d'accord, mais on doit avoir le sentiment que la personne est entièrement au fait de la situation et comprend les répercussions de sa demande.

8. Il faut laisser s'écouler au moins cinq jours après la présentation de la demande, ou un délai plus long convenu entre la personne et son médecin, avant de donner suite à une demande d'aide médicale à la mort. Le délai de cinq jours peut être raccourci si l'attente oblige la personne qui demande une aide médicale à la mort à subir une douleur ou des souffrances physiques ou psychologiques insupportables.

9. Un médecin, de préférence le médecin traitant, doit toujours être présent lorsque l'acte d'aide à la mort est accompli et doit veiller à ce que la mort se produise de la façon la plus humaine possible.



10. Aucun médecin ne doit être tenu de fournir de l'aide. Cependant, un médecin qui refuse cette aide doit diriger la personne vers un autre médecin qualifié, disposé à donner suite à la requête de la personne.

11. Toutes les personnes qu'un médecin aide à mourir doivent résider légalement au Canada depuis au moins six mois.

12. Tout acte d'aide médicale à la mort doit être dûment consigné et signalé par le médecin au coroner local ainsi qu'à un représentant du ministère fédéral de la Justice dans les 30 jours suivant la mort de la personne.

13. Les représentants du ministère fédéral de la Justice doivent examiner chaque cas d'aide médicale à la mort et présenter un rapport annuel au Parlement à ce sujet.

14. Le Parlement doit s'assurer que sa politique relative à l'aide médicale à la mort est respectée et déterminer si des mesures de protection supplémentaires s'imposent.



### **M. Yvon Bureau (témoignage devant le Comité spécial, le mercredi 4 mai 1994)**

1. Les interdictions visant l'euthanasie et l'aide au suicide devraient être maintenues dans le *Code criminel* pendant une période de quatre ans.

2. La proscription de l'aide au suicide dans les cas où la personne qui demande la mort est sur le point de mourir devrait être supprimée du *Code criminel*. De plus, l'aide à la mort volontaire ne devrait pas être considérée comme un meurtre ou un homicide puisqu'il y a absence de victime.

3. On devrait modifier le *Code criminel* afin qu'il y soit explicitement question de l'aide à la mort volontaire pour les personnes en fin de vie et que des peines soient prévues pour les personnes reconnues coupables de telles pratiques.

4. La Chambre des communes devrait adopter, dès 1995, une loi prévoyant que les médecins qui pratiquent l'euthanasie ou l'aide au suicide sur des personnes en fin de vie et qui ont respecté le cadre strict et précis d'une telle pratique ne seront ni poursuivis, ni condamnés.

5. Le ministère de la Santé et du Bien-être du Canada, en coopération avec les ministères provinciaux de la Santé, devrait établir le plus tôt possible des lignes directrices sur l'aide à la mort volontaire. On pourrait s'inspirer du modèle hollandais, en se gardant toutefois d'envisager les procédures des Pays-Bas dans le cas des personnes inaptes à consentir à des soins de fin de vie ou à les refuser, surtout si elles n'ont pas rédigé une forme quelconque de testament biologique.

6. Chaque ministère provincial de la Santé devrait adopter, dès 1995, une politique sur l'accompagnement de toutes les personnes mourantes. Chaque établissement de santé et de services sociaux devrait faire de même au cours de l'année.

7. La responsabilité de fournir suffisamment d'information sur les avantages, les inconvénients et les risques des nombreux traitements possibles ainsi que sur les solutions de rechange ne revient pas à une seule profession, mais doit être exercée par l'ensemble de l'établissement de santé, par le biais de ses équipes de professionnels. Confier la prise de décision à une équipe multidisciplinaire diminuera considérablement les risques d'abus.

8. Chaque ministère provincial de la Santé devrait recommander fortement à tous ses établissements de faire connaître à leurs usagers leurs droits et leurs responsabilités de refuser

les traitements ou d'en demander la cessation, ainsi que leur droit de mourir sans souffrir. Il faudrait lancer sans tarder une campagne publicitaire à cette fin.

9. Il faudrait renseigner les usagers des établissements de soins de santé sur les moyens par lesquels ils peuvent exprimer leurs volontés de fin de vie et les sensibiliser à la nécessité de mandater d'autres personnes pour faire respecter ces volontés.

10. Il faudrait prévoir, dans le dossier de chaque patient, une section spéciale pour les volontés de fin de vie, et ces dossiers devraient être conservés dans les différents établissements de santé. Les volontés de fin de vie d'un patient peuvent être exprimées par exemple au moyen d'un testament biologique ou d'un mandat en cas d'incapacité.

11. Le ministère de la Santé et du Bien-être devrait investir quelques milliards de dollars afin que toutes les personnes qui le souhaitent puissent mourir chez elles. Cet investissement rapportera énormément sur tous les plans.

12. Chaque ministère provincial de la Santé devrait mettre sur pied une ligne 1-800 fonctionnant 24 heures sur 24, pour répondre aux questions des mourants, de leurs proches et de leurs soignants à propos de leurs droits, de leurs obligations, de leurs responsabilités et de leurs libertés. Au Québec, ce service pourrait être assuré par Info-Santé.

13. La personne mourante doit être au coeur du processus informationnel et décisionnel, même une fois déclarée inapte à décider. La personne mourante et sa liberté passent avant les traitements. Les professionnels de la santé doivent se soucier avant tout de recevoir le consentement ou le refus éclairé et libre à tout traitement offert et de le respecter dans tous les cas.

14. L'accord des proches est souhaitable, mais il ne doit pas être obligatoire. Il convient d'établir un âge minimal à partir duquel la famille du patient ne peut plus revendiquer le droit d'être informée, ni de prendre de décisions au sujet du traitement sans l'autorisation du mourant.

## Commentaires

Selon M. Bureau, grâce aux propositions qui précèdent, il demeurera possible de poursuivre et de condamner les personnes qui n'auront pas respecté les conditions préalables établies pour permettre l'euthanasie et l'aide à la mort. On reconnaîtra le consentement ou le refus libre et éclairé exprimé au moyen de directives préalables et de la procuration en cas d'incapacité. La qualité de vie ne sera plus déterminée en fonction du nombre des traitements administrés. Le mourant sera en mesure de décider ce qu'il considère être une qualité de vie acceptable pour lui. On réduira ainsi les conflits d'intérêts chez les professionnels de la santé et l'administration des traitements inutiles aux patients en phase terminale.



**M. Russel D. Ogden (extrait d'un document préparé pour l'*American Society of Criminology Conference*, intitulé "*Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and the United States*", à la page 15)**

## Commentaires

M. Ogden propose certaines mesures de protection minimales qu'il est essentiel, à son avis, d'incorporer à toute forme de législation sur le droit de mourir.

1. Le patient doit donner son consentement éclairé.



2. Le pronostic concernant le patient doit faire l'objet d'un consensus clinique.
3. Le patient et les autres personnes concernées doivent pouvoir être renseignés sur les différentes options de traitement, le diagnostic et le pronostic, les conséquences de la procédure d'aide à la mort, les motifs profonds d'une demande d'euthanasie et les possibilités de traitement dans un autre milieu.
4. Il faut évaluer l'existence possible d'une dépression pouvant être traitée.
5. La participation volontaire du patient et de ses médecins est nécessaire.
6. Un examen du point de vue de l'éthique doit avoir lieu dans tous les cas.
7. Il faut imposer une période d'attente.
8. La mise en oeuvre de la procédure d'aide à la mort doit être supervisée.
9. Un tiers indépendant doit assister à la procédure d'aide à la mort.
10. Il faut prévoir des restrictions quant aux personnes pouvant demander une aide à la mort.
11. Toutes les demandes et tous les actes d'aide à la mort doivent être rapportés.
12. Il faut mettre sur pied un mécanisme d'examen officiel.



### **L'Association Humaniste du Canada (résumé du mémoire présenté au Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide)**

1. Tous les centres de santé doivent être tenus de fournir non seulement des soins physiques, mais aussi un soutien psychologique et émotionnel à tous les patients et, en particulier, à ceux qui sont gravement malades ou frappés d'incapacité.
2. Les personnes qui demandent une aide au suicide doivent être conscientes et capables d'affirmer ou de réaffirmer leur volonté de mourir.
3. Le vœu de mourir peut être exprimé par écrit, sur bande sonore, ou par toute autre méthode pouvant servir à communiquer clairement la volonté du demandeur.
4. Des témoins indépendants doivent être présents.
5. Le demandeur doit avoir formulé sa demande à maintes reprises et avoir été bien informé des répercussions de sa décision.
6. Un médecin qui facilite un suicide doit rapporter par écrit, de concert avec d'autres professionnels de la santé, les circonstances dans lesquelles le patient a demandé la mort.
7. Là où c'est possible, le demandeur devrait pouvoir déclencher lui-même le mécanisme qui provoquera la mort.
8. Au bout du compte, c'est au patient qu'il revient de décider s'il veut mourir, de quelle façon et à quel moment.



**M. Réjean Carrier (témoignage devant le Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, le mercredi 27 avril 1994)**

**Commentaires**

M. Carrier s'oppose à l'euthanasie. Il n'a donc pas présenté de lignes directrices sur le sujet, mais il a suggéré certains éléments qui, à son avis, seraient essentiels si la législation actuelle venait à être modifiée.

1. Il faut que le patient ne réagisse plus aux médicaments administrés pour soulager la douleur physique.
2. Le médecin traitant doit poser le diagnostic (médicament inefficace) en collaboration avec un ou plusieurs autres médecins.
3. Le patient doit décrire sa souffrance comme étant intolérable.
4. La décision d'accéder à une demande d'euthanasie doit être prise par une équipe interdisciplinaire.
5. L'équipe interdisciplinaire doit être composée de personnes représentant des professions diverses ou semblables, qui interagissent les unes avec les autres afin de décider de la meilleure ligne de conduite dans chaque cas.
6. Il ne faut pas élaborer de normes nationales visant les cas exceptionnels où les soins palliatifs ne sont pas efficaces. En l'absence de critères, les établissements seront obligés de délaisser l'euthanasie et l'aide au suicide pour chercher d'autres solutions acceptables.



**M. R. Scott Rowand (témoignage devant le Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, le 8 juin 1994)**

1. Si l'euthanasie et l'aide au suicide sont légalisées, on ne devra considérer que les demandes faites par des patients capables, leur capacité étant attestée par un psychiatre.
2. Il faut explorer d'autres solutions comme les soins palliatifs améliorés et l'apaisement de la douleur.
3. Un comité déontologique hospitalier devra veiller au respect de toutes les étapes de la procédure ainsi qu'à la mise en place de mesures de protection suffisantes afin d'éviter les abus.
4. Le processus devra être entièrement supervisé par le bureau du coroner ou le médecin légiste.



**British Columbia Civil Liberties Association (témoignage devant le Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, le 26 septembre 1994)**

“[prévoir] une défense absolue en cas de suicide assisté ou d'euthanasie volontaire active lorsque certains critères sont respectés. Malheureusement, cette solution viendrait autoriser une aide au mourant uniquement après coup. Elle ne réussirait donc pas à rassurer suffisamment les médecins pour les convaincre d'offrir un service auquel, selon nous, tous les Canadiens devraient avoir droit.

Cette solution exigerait que le Parlement prenne de fait des mesures qui devront, de toute façon, être prévues dans une réglementation. Le Parlement devrait opter, selon nous, pour une



réglementation qui modifie le Code criminel afin de prévoir expressément les conditions dans lesquelles les médecins peuvent avoir recours à chacune de ces pratiques et offrir chacun de ces services.”



### **Conseil sur le vieillissement (témoignage devant le Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, le 13 janvier 1995)**

En plus des recommandations en faveur de mesures de protection déjà présentées par divers groupes, le Comité sénatorial pourrait envisager ce qui suit :

Tout d'abord, la personne qui réclame le suicide assisté ou l'euthanasie doit donner son consentement éclairé et les conditions doivent être semblables en principe à celles exigées lors du consentement éclairé à un traitement médical. La condition relative au consentement éclairé doit être élargie et prévoir la fourniture de conseils appropriés; c'est-à-dire la présentation d'autres options comme les soins palliatifs, non seulement par le médecin mais aussi par d'autres professionnels tels que des psychologues, des physiothérapeutes, des infirmières, des services de pastorale, et cetera, qui possèdent les compétences et la compassion nécessaires pour prendre soin de malades en phase terminale.

Deuxièmement, il faudrait prouver que ceux qui donnent des conseils ne recherchent pas un avantage personnel. À cet égard, une tierce partie désintéressée comme un juge ou une commission pourrait donner son approbation.

Troisièmement, le consentement ne devrait pas être donné sous la contrainte.

Quatrièmement, la décision devrait être donnée selon le libellé approprié.

Cinquièmement, si la décision est prise par un curateur ou un procureur au soin de la personne, elle devrait se fonder sur une directive préalable et les conditions susmentionnées devraient être remplies.

En résumé, premièrement, le Conseil sur le vieillissement appuie fermement la nécessité d'offrir des soins palliatifs dans l'ensemble du pays et dans divers milieux, urbains et ruraux. À cet égard, il faudrait sensibiliser les médecins, et autres travailleurs de la santé et le grand public aux principes des soins palliatifs.

Deuxièmement, le Conseil sur le vieillissement estime qu'il devrait exister dans l'ensemble du Canada des lois qui inscrivent le caractère légitime des directives préalables basées sur des choix éclairés.

Troisièmement, le Conseil sur le vieillissement soutient que s'il existe des services adéquats de soins palliatifs et que chaque personne a le choix de déclarer ses préférences en matière de traitement dans une directive préalable avant d'être victime d'une maladie fatale, le nombre de personnes qui envisageraient le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté serait minime.

Quatrièmement, le Conseil sur le vieillissement reconnaît que malgré les meilleurs soins possibles, ils existe un faible pourcentage de patients chez qui il est impossible de soulager la douleur. Il existe différents seuils de douleur, différentes capacités de tolérer la douleur et différentes philosophies concernant la capacité de supporter la douleur.

Cinquièmement, le Conseil sur le vieillissement est d'accord pour qu'un médecin intervienne pour contrôler la douleur et la souffrance même si cela risque d'abrégé la vie. Cependant, dans ce cas, l'objet de l'intervention doit être le contrôle de la douleur, et non pas l'euthanasie, ni le suicide assisté.

Sixièmement, le Conseil sur le vieillissement ne prendra pas position sur la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie. Voici les points de vue exprimés par les membres : certains membres sont prêts à accepter les notions de suicide assisté et d'euthanasie à condition que des mesures de protection suffisantes soient établies pour protéger les personnes vulnérables; certains membres s'opposent catégoriquement à ces notions; et d'autres indiquent que même s'ils ne souhaitent pas mettre fin à leur propre vie de cette façon, il appartient à chacun de prendre cette décision.

Enfin, le Conseil sur le vieillissement propose, si l'on décide de légaliser l'euthanasie et l'aide au suicide, de le faire en modifiant le Code criminel et d'adopter des mesures de protection qui soient raisonnables, applicables et appliquées.



## Association du Barreau canadien (extrait du mémoire présenté au Comité spécial, mars 1995)

### Mesures de protection

Si le Comité recommande de réviser la loi actuelle pour autoriser l'euthanasie ou l'aide au suicide en prévoyant des mesures de protection contre les abus, on devrait d'abord examiner certaines questions constitutionnelles. Il faudrait en particulier déterminer dans quelle mesure on peut utiliser le pouvoir en matière de droit pénal prévu par la Constitution pour créer un régime administratif touchant les droits individuels. Dans l'arrêt *R. c. Morgentaler* [1988], 1 R.C.S. 30, la Cour suprême du Canada a annulé une disposition du *Code criminel* limitant l'accès aux services d'avortement, en faisant valoir que la procédure complexe à suivre pour obtenir un avortement et l'inégalité d'accès à ces services dans les différentes régions du pays violaient les droits des femmes en vertu de l'article 7 de la *Charte*. Parallèlement, tout régime recommandé par le Comité devrait pouvoir être offert de façon uniforme dans tout le pays.

Pour éviter les abus, il est également recommandé que tout protocole destiné à autoriser l'euthanasie ou l'aide au suicide et assorti de certaines mesures de protection, prévoit :

1. un examen rigoureux **avant** l'acte : et
2. un examen rigoureux **après** l'acte.

### Examen rigoureux avant l'acte

Demander l'euthanasie ou une aide au suicide est une décision personnelle et on doit concevoir les mesures de protection de façon à perturber le moins possible la vie du particulier, tout en le protégeant contre les abus possibles. Les mécanismes de protection peuvent varier selon que l'intervenant est un médecin ou une autre personne (membre de la famille ou ami).

Il est important de déterminer qui doit évaluer la capacité de la personne et en fonction de quels critères. En effet, une telle évaluation risque de poser des problèmes, particulièrement d'un point de vue psychiatrique (par exemple, définir ce qui constitue une dépression). Compte tenu de la détresse et de la désorientation provoquées par une terrible maladie ainsi que de la douleur de mourir, les difficultés ne manqueront pas de surgir lorsqu'on voudra s'assurer que la volonté exprimée est bien celle du patient.

À l'heure actuelle, en ce qui concerne les décisions touchant la santé, c'est le corps médical qui est chargé d'évaluer la capacité du patient. Par conséquent, il devrait sans doute conserver cette responsabilité lorsqu'une personne demande l'euthanasie ou une aide au suicide. On devrait toutefois exiger un deuxième avis médical concernant la capacité du patient de prendre une telle décision et la mesure dans laquelle cette décision



exprime véritablement sa volonté. Il y aurait peut-être lieu également de prévoir un examen par quelqu'un d'autre qu'un médecin, comme un officier de justice ou une personne exerçant des fonctions quasi judiciaires.

### **Examen rigoureux après l'acte**

Les décisions d'interrompre un traitement sont des décisions extrêmement publiques puisqu'elles sont habituellement prises dans des hôpitaux, que plusieurs personnes y participent et qu'elles sont consignées dans différents documents. Par contre, la décision de mourir est ou peut être très privée.

Afin d'éviter les abus à l'égard des particuliers et d'évaluer les répercussions générales de la politique sur le plan social, il est proposé que tous les actes d'euthanasie ou d'aide au suicide soient obligatoirement rapportés à un conseil d'examen constitué en vertu de la loi et composé de médecins, de juristes et de non-spécialistes, et que ce conseil soit tenu de présenter régulièrement un rapport au Parlement.

### **Conclusion**

Une tâche formidable attend le Comité, qui devra d'une part scruter les valeurs divergentes et les différentes implications possibles, d'autre part concevoir un régime satisfaisant s'il décide qu'une modification du régime actuel s'impose. Toutefois, les difficultés ne surpassent pas l'importance de la tâche.

Nous assistons à une transformation de la société canadienne et de ses valeurs. Le défi consiste à répondre à cette évolution tout en respectant les principes qui la sous-tendent.

# Annexe I

## Lignes directrices de la Colombie-Britannique

---

*Nota: L'adoption des dispositions du Code criminel est de compétence fédérale, mais l'administration de la justice relève des provinces. Par conséquent, le Procureur général de chaque province jouit d'un pouvoir discrétionnaire en ce qui a trait aux mises en accusation. Compte tenu de ces responsabilités, la Colombie-Britannique a élaboré les lignes directrices qui suivent.*

*1. Guide à l'intention des procureurs de la Couronne: euthanasie active et aide au suicide, province de Colombie-Britannique, ministère du Procureur général, Direction de la justice pénale (Politique 11-3-93, dossier 56880-01, EUT 1)*

Ces lignes directrices s'appliquent dans les cas où un rapport de police au procureur de la Couronne révèle qu'une personne a contribué, par compassion, à provoquer la mort d'autrui.

Dans ces cas, le procureur de la Couronne applique la politique générale en matière d'inculpation et n'approuve l'engagement de poursuites que lorsqu'il y a une forte probabilité d'obtenir la condamnation et que l'intérêt public l'exige.

Étant donné la complexité des questions juridiques et l'évolution des soins palliatifs, on examine les tenants et aboutissants des différents cas, un à un, et on tient compte des facteurs supplémentaires suivants dans l'application de la politique générale. C'est le procureur régional de la Couronne qui prend la décision de mettre en accusation, en consultation avec le directeur de la politique et du contentieux.

### **Forte probabilité d'obtenir la condamnation**

Au moment d'évaluer la probabilité d'obtenir la condamnation, le procureur de la Couronne doit caractériser la conduite de la personne qui a joué un rôle dans le décès. Aux fins de la présente politique, cette conduite et ses conséquences juridiques se répartissent en quatre catégories.

«**Euthanasie active**» — Le fait de hâter volontairement, par compassion, la mort d'un malade en phase terminale ou dont les souffrances sont insupportables. Cette conduite, un homicide coupable aux termes de l'article 222 du Code criminel, peut constituer un meurtre, un homicide involontaire coupable ou de la négligence criminelle causant la mort.

«**Aide au suicide**» — Le fait de conseiller à quelqu'un de se donner la mort, ou d'aider ou d'encourager quelqu'un à se donner la mort. Cette conduite constitue l'infraction d'avoir conseillé le suicide ou d'y avoir aidé aux termes de l'article 241 du Code criminel.

«**Soins palliatifs**» — Le fait, pour un médecin qualifié ou pour quelqu'un qui agit sous la surveillance générale d'un médecin qualifié, d'administrer un médicament ou autre traitement à un malade en phase terminale dans le but de soulager sa douleur ou sa souffrance, même au risque de hâter sa mort. Lorsqu'elle est conforme aux normes de déontologie médicale établies, cette conduite ne donne pas lieu à des poursuites au criminel.

«**Abstention ou interruption de traitement**» — Le fait, pour un médecin qualifié, avec le consentement du malade ou en son nom, de ne pas amorcer ou d'interrompre des actes médicaux destinés à prolonger la vie au-delà de sa durée naturelle. Lorsqu'elle est conforme aux normes de déontologie médicale établies, cette conduite ne donne pas lieu à des poursuites au criminel.

Voici les facteurs que le procureur de la Couronne doit prendre en considération lorsqu'il lui faut caractériser la conduite de la personne qui a joué un rôle dans le décès :

1. L'intention prouvable de la personne qui a causé, accéléré, conseillé ou facilité la mort, compte tenu du fait que, s'il n'y a pas eu intention criminelle, on ne peut condamner quelqu'un pour meurtre ou pour avoir conseillé ou facilité le suicide.
2. Lorsque la conduite met en cause un médecin et un malade, la position de l'Association médicale canadienne et les opinions d'experts en médecine quant aux normes de déontologie médicale généralement reconnues et établies :

*[...] certains cas de maladie et de mort inévitable exigent l'émission d'une ordonnance «ne pas réanimer», signée par le médecin traitant, et [...] l'adoption d'une telle mesure peut se justifier sur le plan déontologique.<sup>1</sup>*

*[...] conformément à la déontologie médicale, «le médecin doit, lorsque la mort paraît inévitable, la laisser venir dignement tout en donnant à la personne mourante tout le bien-être possible [et il] peut maintenir la vie du corps lorsque le cerveau est cliniquement mort, sans toutefois prolonger la vie par des moyens inusités ou des mesures héroïques».<sup>2</sup>*

*L'abstention ou l'interruption de soins peu appropriés, futiles ou non voulus et les soins palliatifs de compassion, même quand ils ont pour effet d'abrégé la vie, relèvent d'une pratique médicale jugée bonne et morale.<sup>3</sup>*

3. Si, par rapport aux considérations suivantes, les actes d'un médecin qualifié ou de quelqu'un qui agit sous la surveillance générale d'un médecin qualifié constituent des «soins palliatifs» :

a) Voici ce que déclare le juge Sopinka de la Cour suprême du Canada dans *Rodriguez c. Procureur général du Canada et al.*, 30 septembre 1993 :

*L'administration de médicaments destinés à contrôler la douleur selon un dosage dont le médecin sait qu'il abrégera la vie du patient est, quel que soit le critère, une contribution active à la mort du patient. Toutefois, la distinction établie ici est fondée sur l'intention — dans le cas des soins palliatifs, c'est l'intention d'atténuer la douleur qui a pour effet de précipiter la mort, alors que dans le cas de l'aide au suicide, l'intention est indubitablement de causer la mort. La Commission de réforme du droit, qui recommande le maintien de la prohibition criminelle de l'euthanasie et de l'aide au suicide, déclare cependant, à la p. 80 du Document de travail, qu'un médecin ne devrait jamais refuser d'administrer des soins palliatifs au patient en phase terminale pour la seule raison que leur administration peut hâter la mort. À mon avis, les distinctions fondées sur l'intention sont importantes, et elles constituent en fait le fondement de notre droit criminel. Même si, dans les faits, la distinction peut être parfois difficile à établir, sur le plan juridique elle est nette [...] (p. 607)*

1 Association médicale canadienne, *Les médecins canadiens et l'euthanasie*, 1993, p. 5.

2 *Ibid.*, p. 21; citation du *Code de déontologie* de l'Association médicale canadienne, Ottawa, 1990 : articles 18 et 19.

3 *Ibid.*, p. 22.



- b) si le malade était en phase terminale et à l'article de la mort, sans espoir de guérison;
- c) si l'état du malade était associé à des souffrances vives et incessantes;
- d) si l'on a respecté les normes de déontologie médicale établies; et
- e) si le malade participait à un programme ou plan de soins palliatifs.

4. Si, par rapport aux considérations suivantes, les actes d'un médecin qualifié constituent «une abstention ou une interruption de traitement» :

a) Suivant la common law, un médecin doit accepter l'instruction que donne le malade de refuser ou d'interrompre le traitement médical, et ce même si le traitement en question peut prolonger la vie. Les tribunaux canadiens ont reconnu ce droit : voir *Malette c. Shulman* (1990) 72 O.R. (2d) 417 (C.A. Ont.). Voici ce que déclare à ce sujet le juge Sopinka dans *Rodriguez*, précité :

*Continuer à traiter le patient quand ce dernier a retiré son consentement à subir le traitement constitue un acte de violence (Ciarlariello et Nancy B., précités). Le médecin n'est donc pas tenu de faire un choix qui entraînera la mort du patient, comme ce serait le cas s'il choisissait d'apporter son aide au suicide ou de pratiquer l'euthanasie active. (p. 606)*

b) lorsque la personne décédée a refusé le traitement ou retiré son consentement à subir le traitement, si elle l'a fait en connaissance de cause et en toute liberté. Il faut alors examiner si :

- i) le malade a bien compris son état médical et le fait que l'abstention ou l'interruption de traitement pouvait entraîner la mort;
- ii) le malade était mentalement incapable, déprimé ou autrement vulnérable;
- iii) le refus du traitement ou le retrait du consentement à subir le traitement coïncide avec l'abstention ou l'interruption de traitement;
- iv) le malade était informé et comprenait qu'il conservait le droit de reconsidérer son refus ou le retrait de son consentement;
- v) il y a des indications que le malade a reconsidéré son refus ou le retrait de son consentement;
- vi) quelqu'un a exercé des pressions sur le malade pour qu'il refuse le traitement ou retire son consentement à subir le traitement; et
- vii) les normes de déontologie médicale établies ont été respectées.

c) lorsque la personne décédée n'était pas en mesure de refuser le traitement ou de retirer son consentement à subir le traitement, il faut examiner si :

- i) des instructions ont été données au médecin qualifié par une autre personne ou entité autorisée à refuser le traitement ou à retirer le consentement à subir le traitement au nom du malade, par exemple, s'il existe une ordonnance de la cour ou une procuration pour soins de santé;
- ii) il y a des indications que le malade aurait demandé l'abstention ou l'interruption de traitement s'il avait été en mesure de refuser le traitement ou de retirer son consentement à subir le traitement; et
- iii) les normes de déontologie médicale établies ont été respectées.

## **L'intérêt public**

Si le procureur de la Couronne détermine qu'il y a une forte probabilité d'obtenir la condamnation, il doit aussi être convaincu que l'intérêt public exige des poursuites. Pour déterminer l'intérêt public, les facteurs à prendre en compte englobent, entre autres, les facteurs exposés dans la politique générale en matière d'inculpation ainsi que les facteurs suivants :

1. L'importance de promouvoir des normes déontologiques et professionnelles appropriées au sein des professions de la santé;

2. L'intérêt de la société à protéger les personnes vulnérables; et
3. L'intérêt de la société à protéger le caractère sacré de la vie humaine, sans qu'il soit pour autant nécessaire de prolonger la vie à tout prix.



*2. Guide à l'intention des procureurs de la Couronne: contrôle de la qualité — approbation de l'inculpation, province de Colombie-Britannique, ministère du Procureur général, Direction de la justice pénale (Politique 2-26-91, dossier 55100-00)*

L'article 504 du Code criminel permet à quiconque de faire devant un juge de paix une dénonciation d'infraction criminelle et oblige le juge à la recevoir. En Colombie-Britannique, le ministère du Procureur général a depuis longtemps pour règle d'examiner toutes les allégations de conduite criminelle et d'appliquer une seule et même norme avant d'approuver les accusations et de faire une dénonciation. Cette procédure d'approbation a reçu l'agrément de la Justice Reform Commission et de la Discretion to Prosecute Inquiry.

La norme et la procédure à suivre en matière d'inculpation sont exposées ci-dessous. Les dénonciations qui sont faites sans l'approbation préalable du procureur de la Couronne relèvent de la politique en matière de poursuites privées (voir PRI 1).

## **A. Norme en matière d'inculpation**

On examine les allégations afin de déterminer s'il y a une forte probabilité d'obtenir la condamnation et, dans l'affirmative, si l'intérêt public exige la poursuite de l'accusé.

### **1. Forte probabilité d'obtenir la condamnation**

Au moment de décider s'il convient de porter une accusation, le procureur de la Couronne doit d'abord conclure qu'il y aura probablement condamnation après examen de tous les éléments pertinents, y compris la preuve, la défense prévue et le droit applicable. Par une forte probabilité d'obtenir la condamnation, il faut entendre beaucoup plus qu'une présomption, mais beaucoup moins qu'une certitude à peu près totale.

Pendant le processus d'approbation de l'inculpation, le procureur de la Couronne n'a pas la possibilité de soumettre des témoins de la Couronne à un interrogatoire ou à un contre-interrogatoire. Il n'a pas non plus la possibilité d'entendre les témoins de la défense, s'il y en a. Au cours du procès comme tel, la position de la Couronne peut s'avérer plus solide ou plus faible que le procureur de la Couronne ne l'a d'abord cru à l'étape de l'approbation de l'inculpation. C'est pourquoi celui-ci doit faire preuve de souplesse lorsqu'il cherche à établir s'il y a une forte probabilité d'obtenir la condamnation, compte tenu que plus l'allégation est grave, plus la justice a intérêt à soutenir des accusations prouvables.

### **2. L'intérêt public**

Le procureur doit ensuite décider si l'intérêt public exige la poursuite. Pour déterminer l'intérêt public, voici les facteurs à prendre en compte :

- a) la nature et la gravité des allégations;
- b) le tort causé à la victime, le cas échéant;

- c) la situation personnelle de l'accusé, y compris son casier judiciaire;
- d) la probabilité d'obtenir le résultat souhaité sans engager de poursuite, y compris une évaluation des solutions de rechange à la poursuite;
- e) le coût de la poursuite comparé à l'avantage que la société en tirera. Il faut alors déterminer, entre autres, dans quelle mesure l'infraction (par opposition au contrevenant) pose à la collectivité un problème qui ne peut être réglé autrement.

En matière de détermination de l'intérêt public, on ne peut imposer de règles strictes et il faut absolument faire preuve de souplesse au niveau local si l'on veut que le ministère puisse répondre aux préoccupations légitimes de chaque collectivité.

## **B. L'application de la norme en matière d'inculpation**

Pour que le procureur puisse appliquer correctement la norme en matière d'inculpation, le Report to Crown Counsel (RTCC) doit contenir une déclaration exacte et détaillée de la preuve. Voici les éléments obligatoires d'un RTCC :

- a) une description complète de la preuve à l'appui de chaque élément de la ou des accusations envisagées;
- b) lorsqu'il faut obtenir le témoignage d'un civil pour prouver un élément essentiel de l'accusation (sauf en cas d'infraction mineure), une copie de la déclaration écrite de cette personne;
- c) les listes de contrôle de la preuve nécessaires;
- d) une copie de tous les documents nécessaires pour prouver la ou les accusations;
- e) un résumé détaillé ou une copie écrite de la ou des déclarations de l'accusé;
- f) le casier judiciaire de l'accusé (le cas échéant).

Il peut arriver que le RTCC ne soit pas conforme aux normes de contrôle de la qualité. Il faut alors le renvoyer à l'enquêteur avec une demande de renseignements supplémentaires avant d'approuver l'inculpation. Si l'accusé est en détention, la Couronne ne devrait pas chercher à l'y maintenir à moins d'obtenir de la police des documents suffisants pour justifier à la fois l'inculpation et la détention.

Si l'infraction est grave et que la preuve est suffisante pour inculper l'accusé en détention, mais que l'information est insuffisante pour arrêter la position de la Couronne sur la mise en liberté, on peut invoquer l'article 516 pour ajourner les procédures de justification. Il faudrait recourir à cette mesure seulement lorsqu'il semble nécessaire de protéger le public.

Au moment d'appliquer la norme en matière d'inculpation, le procureur de la Couronne doit s'acquitter des obligations suivantes :

- (i) prendre la décision dans les meilleurs délais;
- (ii) enregistrer les raisons de la décision;
- (iii) lorsqu'il y a lieu, communiquer avec les intéressés, y compris la police, pour s'assurer qu'ils comprennent bien les raisons de la décision.



## Annexe J

# Dispositions législatives concernant les directives préalables au Canada

---

<b>Ontario</b>	Projet de loi 109, <i>Loi concernant le consentement au traitement</i> , projet de loi 108, <i>Loi prévoyant la prise de décisions au nom d'adultes en ce qui concerne la gestion de leurs biens et le soin de leur personne</i> , projet de loi 74, <i>Loi concernant la prestation de services d'intervention en faveur des personnes vulnérables</i> , et projet de loi 110, <i>Loi modifiant des lois en ce qui concerne le consentement et la capacité</i> , deuxième session, 35 <sup>e</sup> législature, 1992. Dispositions adoptées et proclamées.
<b>Québec</b>	<i>Loi sur le curateur public</i> , LRQ, 1989, c. 54, <i>Code civil du Québec</i> , LRQ, c. 64, 1991, 10-34.
<b>Nouvelle-Écosse</b>	<i>Medical Consent Act</i> , RSNS, 1988, c. 14, dans RSNS 1989, c. 279. Dispositions adoptées et proclamées.
<b>Nouveau-Brunswick</b>	Aucune loi adoptée, mais un comité a fait rapport au ministre de la Justice concernant l'établissement et la mise en application de directives préalables. Le ministre va étudier le rapport et déterminer s'il y a lieu d'adopter un texte de loi.
<b>Manitoba</b>	Projet de loi 73, <i>Loi sur les directives en matière de soins de santé</i> , LM 1992, c. 33. Ch. 27 de la Codification permanente des lois du Manitoba.
<b>Colombie-Britannique</b>	<i>Representation Agreement Act</i> , S.B.C. 1993, c.67 (projet de loi 48), conjointement avec <i>Adult Guardianship Act</i> , S.B.C. 1993, c. 35 (projet de loi 49); <i>Public Guardian and Trustee Act</i> , S.B.C. 1993, c.64 (projet de loi 50), et <i>Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act</i> , S.B.C. 1993, c.48 (projet de loi 51). Dispositions adoptées mais non proclamées.
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	Aucune disposition existante ni envisagée.
<b>Saskatchewan</b>	Aucune disposition existante ni envisagée.
<b>Alberta</b>	Projet de loi 58, <i>Advance Directives Act</i> , rayé du <i>Feuilleton</i> lorsque la session législative a pris fin en novembre 1994. Le ministre de la Santé est en train de recevoir et d'analyser les commentaires du

public par suite d'un document de discussion sur les directives préalables.

**Terre-Neuve**

Projet de loi 41, *An Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers*, rayé du *Feuilleton* lorsque la session législative a pris fin en mars 1995. Présenté de nouveau en tant que projet de loi 1, *An Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers*. Première lecture le 16 mars 1995; le projet de loi sera bientôt étudié en comité.

**Territoires du Nord-Ouest**

Aucune disposition législative visant directement la question n'existe ou n'est envisagée. Cependant, le ministère de la Santé fait établir des normes et procédures concernant les «directives préalables de traitement» à l'intention des responsables des programmes coordonnés de soins à domicile et des programmes de soins de longue durée en établissement.

**Yukon**

Aucune disposition existante ni envisagée.

## Annexe K

### Sources de modèles de directives

---

#### Québec

Mon Mandat en cas d'incapacité  
Le Curateur public du Québec  
Les Publications du Québec  
1279 ouest, boul. Charest  
Québec (Québec)  
G1N 4K7

#### Ontario

Publications Ontario (pour des exemplaires de la *Loi sur le consentement au traitement*)  
880, rue Bay  
Toronto (Ontario)  
M7A 1N8  
(416) 326-5300  
Sans frais, en Ontario: 1-800-668-9938

(Pour des renseignements concernant la *Loi sur le consentement au traitement*)

Centre d'information-santé  
Ministère de la Santé  
2195, rue Yonge, 6<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario)  
M4S 2B2  
Téléphone : (416) 327-7730  
Sans frais en Ontario : 1-800-461-2036  
ATS/téléimprimeur : 1-800-387-5559  
Télécopieur : (416) 314-8721

(Pour des renseignements concernant la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui*)

Bureau du curateur public  
Ministère du Procureur général  
145, rue Queen ouest, 6<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario)  
M5H 2N8  
Téléphone : (416) 314-2989  
ATS/téléimprimeur : (416) 314-2687  
Télécopieur : (416) 314-6190



(Pour des renseignements concernant la *Loi sur l'intervention*)  
Ministère des Affaires civiques  
700, rue Bay, bureau 204  
Toronto (Ontario)  
M5G 1Z6  
Téléphone : (416) 314-8910  
Sans frais en Ontario : 1-800-665-9092  
ATS/téléimprimeur : (416) 314-9018  
Télécopieur : (416) 314-8935

**Nouvelle-Écosse**

Office of the Legal Counsel  
Department of Health  
Box 488  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
B3J 2R8  
Téléphone : (902) 424-7729  
Télécopieur : (902) 424-0719

**Manitoba**

Analyste législatif  
Santé Manitoba  
201-800, avenue Portage  
Winnipeg (Manitoba)  
R3G 0N4  
Téléphone : (204) 945-5835  
Télécopieur : (204) 945-1020

**Colombie-Britannique**

Ministry of the Attorney-General  
609, rue Broughton  
Victoria (Colombie-Britannique)  
V8V 1X4

Minister of Health and Minister Responsible for Seniors  
1515, rue Blanshard  
Victoria (Colombie-Britannique)  
V8V 3C8

## Annexe L

# Résumés de quelques décisions de tribunaux canadiens

---

### Rodriguez c. Colombie-Britannique (procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519

L'appelante, Sue Rodriguez, mère de famille de 42 ans, est atteinte de sclérose latérale amyotrophique. Son état se détériore rapidement et bientôt elle sera incapable d'avaler, de parler, de marcher et de bouger sans aide. Elle perdra ensuite la capacité de respirer sans respirateur, de manger sans subir de gastrotomie et sera finalement alitée en permanence. Son expectative de survie se situe entre 2 et 14 mois. L'appelante ne souhaite pas mourir tant qu'elle peut encore jouir de la vie mais demande qu'un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdra la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait. L'appelante a demandé à la Cour suprême de la Colombie-Britannique une ordonnance déclarant que l'al. 241*b*) du *Code criminel*, qui interdit l'aide au suicide, est invalide pour le motif qu'il porte atteinte à ses droits garantis par les articles 7, 12 et 15(1) de la *Charte* et donc inopérant en vertu du par. 52(1) de la *Loi constitutionnelle de 1982*, dans la mesure où il interdit à un malade en phase terminale de se donner la mort avec l'aide d'un médecin. La cour a rejeté la demande de l'appelante et la Cour d'appel, à la majorité, a confirmé sa décision.

*Arrêt* (le juge en chef Lamer et les juges L'Heureux-Dubé, Cory et McLachlin sont dissidents): L'appel est rejeté. L'alinéa 241*b*) du *Code* est constitutionnel.

Les juges La Forest, Sopinka, Gonthier, Iacobucci et Major: L'appelante fonde son argumentation concernant l'art. 7 de la *Charte* sur la violation de ses droits à la liberté et à la sécurité de la personne. On ne peut dissocier ces droits du principe du caractère sacré de la vie, qui est la troisième valeur protégée par l'art. 7. Même lorsque la mort paraît imminente, chercher à contrôler le moment et la façon de mourir constitue un choix conscient de la mort plutôt que la vie. C'est pourquoi la vie, comme valeur, entre en jeu en l'espèce. Le droit de l'appelante à la sécurité de sa personne doit être examiné en fonction des autres valeurs mentionnées à l'art. 7. La sécurité de la personne selon l'art. 7 englobe des notions d'autonomie personnelle (du moins en ce qui concerne le droit de faire des choix concernant sa propre personne), de contrôle sur son intégrité physique et mentale sans ingérence de l'État, et de dignité humaine fondamentale. L'interdiction prévue à l'al. 241*b*), qui présente un rapport suffisant avec le système de justice pour entraîner l'application des dispositions de l'art. 7, prive l'appelante de son autonomie personnelle et lui cause des douleurs physiques et une tension psychologique d'une façon qui porte atteinte à la sécurité de sa personne. Cependant, toute privation qui en résulte n'est pas contraire aux principes de justice fondamentale. La conclusion est la même à l'égard de tout intérêt en matière de liberté qui peut entrer en jeu.

L'expression «principes de justice fondamentale» à l'art. 7 de la *Charte* implique un certain consensus quant à leur caractère primordial ou fondamental dans la notion de justice de notre société. Ils doivent pouvoir être identifiés avec une certaine précision et appliqués à des situations d'une manière qui engendre un résultat compréhensible. Ils doivent également être des principes juridiques. Pour définir les principes de justice fondamentale qui régissent un cas particulier, il est utile de se reporter à la common law et à l'historique législatif de l'infraction en cause et, en particulier, à la raison d'être de la pratique (en l'espèce, le maintien de la criminalisation de l'aide au suicide) et les principes qui la sous-tendent. Il y a lieu également de considérer l'intérêt de l'État. La justice fondamentale exige la pondération équitable des intérêts de l'État et de ceux de l'individu. Le respect de la dignité humaine est l'un des principes sur lesquels repose notre société, mais n'est pas un principe de justice fondamentale au sens de l'art. 7.

L'aide au suicide, prohibée en common law, a été interdite par le Parlement dès l'adoption du premier *Code criminel* du Canada. L'interdiction générale établie de longue date, prévue à l'al. 241 b), et qui répond à l'objectif du gouvernement de protéger la personne vulnérable, est fondée sur l'intérêt de l'État à la protection de la vie et traduit la politique de l'État suivant laquelle on ne devrait pas dévaloriser la vie humaine en permettant d'ôter la vie. Cette politique de l'État fait partie de notre conception fondamentale du caractère sacré de la vie. Une interdiction générale de l'aide au suicide semblable à celle de l'al. 241b) semble aussi être la norme au sein des démocraties occidentales et ce genre d'interdiction n'a jamais été jugée inconstitutionnelle ou contraire aux droits fondamentaux de la personne. Ces pays, dont le Canada, reconnaissent et, en général, appliquent le principe du caractère sacré de la vie sous réserve d'exceptions restreintes dans les cas où les notions d'autonomie personnelle et de dignité doivent prévaloir. On y a maintenu la distinction entre les formes passive et active d'intervention dans le processus de la mort et, avec très peu d'exceptions, l'interdiction de l'aide au suicide dans des cas qui s'apparentent à celui de l'appelante. On ne peut conclure à l'existence d'un consensus en faveur de la décriminalisation du suicide assisté. S'il se dégage un consensus, c'est celui que la vie humaine doit être respectée. Ce consensus trouve son expression juridique dans notre système de droit qui interdit la peine capitale. L'interdiction de l'aide au suicide sert un objectif semblable. La suppression par le Parlement de l'infraction de tentative de suicide n'était pas la reconnaissance que le suicide devait être accepté dans la société canadienne, mais plutôt la reconnaissance que le droit criminel n'était pas un moyen efficace et approprié de traiter la question des tentatives de suicide. Compte tenu des craintes d'abus et de la grande difficulté à élaborer des garanties adéquates, l'interdiction générale de l'aide au suicide n'est ni arbitraire ni injuste. L'interdiction est liée à l'intérêt de l'État à la protection des personnes vulnérables et reflète des valeurs fondamentales véhiculées dans notre société. L'alinéa 241b) ne porte donc pas atteinte à l'art. 7 de la *Charte*.

L'alinéa 241b) du *Code* ne porte pas atteinte non plus à l'art. 12 de la *Charte*. L'appelante n'est pas soumise par l'État à une forme quelconque de peine ou traitement cruels ou inusités. À supposer même que le «traitement» au sens de l'art. 12 puisse inclure ce qui est imposé par l'État dans un contexte autre que pénal ou quasi pénal, la simple prohibition imposée par l'État à l'égard d'une certaine action ne peut constituer un «traitement» au sens de l'art. 12. Il faut la mise en oeuvre d'un processus étatique plus actif, comportant l'exercice d'un contrôle de l'État sur l'individu, que ce soit une action positive, une inaction ou une interdiction. Soutenir, sans que l'appelante soit de quelque façon soumise au système administratif ou judiciaire de l'État, que l'interdiction prévue à l'al. 241b) relève de l'art. 12, fausserait le sens ordinaire de l'expression «contre tous traitements» imposés par l'État.

Il est préférable en l'espèce de ne pas trancher les questions importantes et délicates soulevées par l'application de l'art. 15 de la *Charte* et de présumer plutôt que l'interdiction de l'aide au suicide par l'al. 241b) du *Code* viole l'art. 15, puisque la violation, s'il en est, est clairement justifiée en vertu de l'article premier de la *Charte*. L'alinéa 241b) est fondé sur un objectif législatif urgent et réel et répond aux exigences de la proportionnalité. L'interdiction de l'aide au suicide a un lien rationnel avec l'objectif de l'al. 241b) qui est de protéger et préserver le respect de la vie humaine. Cette protection trouve son fondement dans un consensus important, dans les pays occidentaux, dans les organisations médicales et chez notre propre Commission de réforme du droit, sur l'opinion que le meilleur moyen de protéger efficacement la vie et les personnes vulnérables de la société est d'interdire, sans exception, l'aide au suicide. Les tentatives faites pour modifier cette approche par l'introduction d'exceptions ou la formulation de garanties destinées à prévenir les abus n'ont pas donné de résultats satisfaisants. L'alinéa 241b) n'a pas une portée excessive car il n'y a pas de demi-mesure qui permettrait de garantir la pleine réalisation de l'objectif poursuivi par la loi. Le Parlement doit disposer d'une certaine marge de manoeuvre pour régler cette question «controversée» et «chargée d'éléments moraux». Compte tenu du large appui que reçoit l'al. 241b) ou ce type de disposition, le gouvernement était raisonnablement fondé à conclure qu'il s'était conformé à l'exigence de l'atteinte minimale. Enfin, l'équilibre entre la restriction et l'objectif gouvernemental est également respecté.

*Les juges L'Heureux-Dubé et McLachlin (dissidentes):* L'alinéa 241b) du *Code* viole le droit à la sécurité de la personne garanti par l'art. 7 de la *Charte*. Ce droit comporte un élément d'autonomie personnelle, qui protège la dignité et la vie privée des personnes à l'égard de décisions relatives à leur propre corps. Un régime



législatif qui restreint le droit d'une personne de disposer de son corps comme elle le veut peut violer les principes de justice fondamentale en vertu de l'art. 7 si la restriction est arbitraire. Une restriction donnée est arbitraire si elle n'a aucun lien, ou est incompatible, avec l'objectif visé par la loi. Lorsqu'il faut déterminer si une loi enfreint les principes de justice fondamentale au sens de l'art. 7 en raison de son caractère arbitraire, l'analyse est axée sur la question de savoir si le régime législatif viole les intérêts protégés d'une personne donnée d'une façon qui n'est pas justifiée par l'objectif de ce régime. Les principes de justice fondamentale exigent que chacun, pris individuellement, soit traité équitablement par la loi. La crainte d'abus possibles si on permet à un individu ce qui lui est refusé à tort, n'est aucunement pertinent à l'étape de l'art. 7. La pondération des intérêts de la société et des intérêts de l'individu devrait se faire dans le cadre de l'analyse de l'article premier. En l'espèce, le Parlement a mis en vigueur un régime législatif qui légalise le suicide et rend illégal le suicide assisté. Cette distinction a pour effet de refuser à certaines personnes le choix de mettre fin à leur vie pour la seule raison qu'elles en sont physiquement incapables, les empêchant d'exercer sur leur personne l'autonomie dont jouissent les autres. Le fait de priver une personne du pouvoir de mettre fin à sa propre vie est arbitraire et équivaut donc à une restriction de son droit à la sécurité de sa personne qui est incompatible avec les principes de justice fondamentale.

L'alinéa 241*b*) du *Code* n'est pas justifié en vertu de l'article premier de la *Charte*. L'objectif pratique de l'al. 241*b*) est d'éliminer la crainte d'abus du suicide assisté légalisé qui entraîneraient la mort de personnes qui n'ont pas véritablement ni librement consenti à la mort. Cependant, ni la crainte qu'à moins de l'interdire, le suicide assisté soit utilisé pour des meurtres, ni la crainte que le consentement à la mort ne soit pas volontaire, ne suffisent pour l'emporter sur le droit de l'appelante, en vertu de l'art. 7, de mettre fin à sa vie de la façon et au moment de son choix. Les garanties offertes par les dispositions actuelles du *Code criminel* répondent amplement aux craintes relatives au consentement. Ces dispositions du *Code* accompagnées, par le biais d'une réparation, d'une condition exigeant que l'aide au suicide soit autorisée par ordonnance d'un tribunal, quand le juge est convaincu que le consentement est donné librement, garantiront que seuls ceux qui souhaitent véritablement mettre fin à leur vie obtiennent l'aide.

L'article 15 de la *Charte* ne s'applique pas en l'espèce. La présente affaire ne concerne pas une discrimination et la traiter comme telle pourrait détourner la jurisprudence relative à l'égalité de l'objet véritable de l'art. 15.

Bien que certaines conditions énoncées par le juge en chef Lamer ne soient pas nécessaires en l'espèce, la réparation qu'il propose est acceptée pour l'essentiel. Les exigences varieront selon les cas. L'essentiel dans tous les cas est que le juge soit convaincu que lorsque le suicide assisté a lieu, s'il a lieu, ce sera avec le consentement libre et entier du requérant.

*Le juge en chef Lamer (dissident):* L'alinéa 241*b*) du *Code* porte atteinte au droit à l'égalité prévu au par. 15(1) de la *Charte*. Bien qu'apparemment neutre, à première vue, l'al. 241*b*) a pour effet de créer une inégalité puisqu'il empêche des personnes physiquement incapables de mettre fin à leur vie sans aide de choisir le suicide sans contrevenir à la loi, alors que cette option est en principe ouverte au reste de la population. Cette inégalité — la privation du droit de choisir le suicide — peut être qualifiée de fardeau ou de désavantage, puisqu'elle limite la capacité des personnes qui en sont victimes de prendre et de mettre en oeuvre des décisions fondamentales concernant leur vie et leur personne. Pour elles, les principes d'autodétermination et d'autonomie, qui ont une importance fondamentale dans notre système de droit, ont été limités. Cette inégalité est imposée à des personnes incapables de mettre fin à leur vie sans assistance, en raison d'une déficience physique, une caractéristique personnelle qui figure parmi les motifs de discrimination énumérés au par. 15(1).

L'alinéa 241*b*) du *Code* n'est pas justifiable en vertu de l'article premier. Bien que la protection de personnes vulnérables contre les pressions ou la contrainte visant à les amener à se donner la mort soit un objectif suffisamment important pour l'emporter sur un droit constitutionnel, l'al. 241*b*) ne satisfait pas au critère de la proportionnalité. L'interdiction de l'aide au suicide a un lien rationnel avec l'objectif législatif mais les moyens choisis pour le mettre en oeuvre ne portent pas aussi peu que raisonnablement possible

atteinte aux droits de l'appelante à l'égalité. Les personnes vulnérables sont effectivement protégées par l'al. 241*b*), mais cette disposition a une portée excessive. Celles qui ne sont pas vulnérables, qui ne souhaitent pas la protection de l'État, sont aussi soumises à l'application de l'al. 241*b*) uniquement en raison de déficiences physiques. Une prohibition absolue, qui ne tient pas compte de l'individu ou des circonstances, ne peut satisfaire à l'obligation constitutionnelle du gouvernement de porter atteinte aussi peu que raisonnablement possible aux droits des personnes souffrant de déficiences physiques. La crainte que la décriminalisation de l'aide au suicide accentue le risque que des handicapés physiques soient manipulés par d'autres personnes ne justifie pas la portée excessive de l'al. 241*b*).

Vu les conclusions relatives au par. 15(1), il n'est pas nécessaire de traiter de la constitutionnalité de la disposition dans le cadre des art. 7 et 12 de la *Charte*.

En vertu du par. 52(1) de la *Loi constitutionnelle de 1982*, l'al. 241*b*) est déclaré inopérant, à la condition que l'effet de la présente déclaration soit suspendu pendant un an à compter de la date du jugement, pour donner au Parlement le temps de déterminer, le cas échéant, la nature de la disposition qui devrait remplacer l'al. 241*b*). Bien qu'une réparation individuelle en vertu du par. 24(1) de la *Charte* soit rarement accordée en corrélation avec une action intentée en vertu du par. 52(1), il y a lieu en l'espèce d'accorder à l'appelante, sous réserve de certaines conditions expresses, une exemption constitutionnelle de l'application de l'al. 241*b*) pendant la période de suspension. Une exemption constitutionnelle ne peut être accordée que pendant la période de suspension d'une déclaration d'invalidité. Pendant la suspension d'un an, l'exemption est également accordée à toutes les personnes qui sont ou seront physiquement incapables de se donner la mort sans assistance et dont les droits à l'égalité sont violés par l'al. 241*b*). Cette exemption peut être accordée par voie de requête à une cour supérieure si les conditions énumérées, ou des conditions similaires adaptées aux circonstances des cas particuliers, sont satisfaites.

*Le juge Cory (dissident):* Principalement pour les motifs avancés par le juge en chef Lamer et le juge McLachlin, l'al. 241*b*) du *Code* viole l'art. 7 et le par. 15(1) de la *Charte* et n'est pas justifiable en vertu de l'article premier.

L'article 7 de la *Charte*, qui accorde aux Canadiens le droit constitutionnel à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, est une disposition qui met l'accent sur la dignité inhérente à l'existence humaine. La mort fait partie intégrante de la vie, alors la mort comme étape de la vie a droit à la protection constitutionnelle prévue par l'art. 7. Il s'ensuit que le droit de mourir avec dignité devrait être aussi bien protégé que n'importe quel autre aspect du droit à la vie. Des interdictions édictées par l'État, qui imposeraient une mort atroce et douloureuse à un malade en phase terminale handicapé et lucide, constitueraient une insulte à la dignité humaine.

Il n'y a aucune différence entre permettre à un malade sain d'esprit de choisir de mourir avec dignité en refusant un traitement et permettre à un malade sain d'esprit mais en phase terminale de choisir de mourir avec dignité en arrêtant le traitement qui lui permet de survivre, même si, du fait de son incapacité physique, cette mesure doit matériellement être prise par quelqu'un d'autre selon ses instructions. De même, il n'y a aucune raison de ne pas permettre aussi qu'un malade en phase terminale et sur le point de mourir puisse mettre fin à ses jours par l'intermédiaire de quelqu'un d'autre. Puisque le droit de choisir la mort est offert aux malades qui ne sont pas physiquement handicapés, il n'y a aucune raison de refuser ce choix à ceux qui le sont. Ce choix, pour un malade en phase terminale, serait assujéti à certaines conditions. Ces conditions étant fixées, l'art. 7 de la *Charte* peut être appliqué pour permettre à un tribunal d'accorder le redressement proposé par le juge en chef Lamer.

Le paragraphe 15(1) de la *Charte* peut être appliqué également pour accorder le même redressement au moins aux malades handicapés en phase terminale.



**Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 à 367 (C. S.)**

La demanderesse, qui est âgée de 25 ans, est atteinte de paralysie motrice causée par le syndrome de Guillain-Barré, ce qui la confine à un lit d'hôpital. Il y a près de deux ans et demi, on a dû procéder à une intubation et la brancher sur un respirateur. Ce traitement de soutien respiratoire est essentiel à sa vie. La demanderesse, dont les facultés intellectuelles sont intactes, a été informée de l'irréversibilité de sa maladie et elle demande que le traitement de soutien respiratoire soit interrompu.

En vertu de l'article 19.1 C.C., nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement. Le législateur inclut dans le mot «soins» un examen, un prélèvement, un traitement ainsi que toute autre intervention. La terminologie utilisée à l'article 19.1 C.C. est donc assez large pour comprendre la technique qui consiste à brancher une personne sur un respirateur. Les tribunaux ont par ailleurs précisé que le consentement du patient devait être libre et éclairé. Nos lois civiles permettent donc à la demanderesse d'exiger la cessation du traitement de soutien respiratoire qu'on lui administre. Toutefois, il faut également considérer les dispositions au Code criminel. L'article 217 C. Cr., qui prévoit que celui qui entreprend l'accomplissement d'un acte ne peut l'interrompre si une vie humaine est mise en danger, doit être lu conjointement avec les articles 45 et 219 C. Cr. afin de lui donner un sens plus logique. L'interprétation qui en résulte ne permet pas de qualifier de déraisonnable ou d'insouciante et de déréglée la conduite d'un médecin qui interrompt le traitement de soutien respiratoire de son patient pour permettre à la nature de suivre son cours. La personne qui ferait cesser un tel traitement ne commettrait en aucune façon une quelconque forme d'homicide ou d'aide au suicide. Si le décès de la demanderesse devait survenir, ce ne serait que le fait de la nature.



**R. c. Brush entre Sa Majesté la Reine et Jean Brush [1995] O.J. n° 656, Cour de Justice de l'Ontario (Division provinciale), Hamilton (Ontario), le juge Zabel de la Cour provinciale, le 2 mars 1995**

**ACCUSATION :** Le 13 février 1995, Jean Brush a inscrit un plaidoyer de culpabilité relativement à l'accusation suivante : «d'avoir, le 18<sup>e</sup> jour du mois d'août 1994 ou vers cette date, en la Cité de Hamilton, dans ladite région, illégalement tué Cecil Brush commettant ainsi un homicide involontaire coupable, contrairement aux dispositions de l'article 234 du Code criminel.»

En déterminant la peine aujourd'hui, le tribunal a examiné notamment les circonstances tragiques qui ont mené aux événements du 18 août 1994. Jean Brush est née le 20 janvier 1914, et Cecil Brush est né le 30 juillet 1913. Ils se sont mariés le 6 juin 1936. M. Brush était âgé de quatre-vingt-un ans au moment de son décès et M<sup>me</sup> Brush a aujourd'hui quatre-vingt-un ans.

Les Brush ont été mariés pendant près de cinquante-huit ans, et ils ont une fille. Cecil Brush a travaillé chez Dofasco pendant quarante-trois ans avant de prendre sa retraite au début des années 1970. Ils ont vécu ensemble dans la même maison de Stoney Creek pendant quarante-trois ans. Au dire de tous, les Brush s'aimaient beaucoup et formaient un couple très heureux; ils étaient inséparables et profitaient de leurs années de retraite.

Malheureusement, la santé de Cecil Brush a commencé à se détériorer. Sa vue a faibli; selon le diagnostic posé par les médecins, il souffrait de la maladie d'Alzheimer et de la dépression qui s'en suit. M<sup>me</sup> Brush avait de plus en plus de difficulté à s'occuper de son mari dont la personnalité avait beaucoup changé à cause de sa maladie; il avait des hallucinations.

[...]



La transformation traumatisante de la vie par ailleurs paisible des Brush est décrite, en termes éloquents, dans le rapport du D<sup>r</sup> Bartolucci, psychiatre, rapport qui a été déposé en preuve en l'espèce. Le rapport du médecin établit notamment que :

[...]

«Les époux ont discuté de la possibilité de mourir ensemble et ceci, après sa première admission. M. Brush a souvent supplié sa femme de faire quelque chose mais, au cours de la conversation, il lui a révélé qu'il voulait tout simplement s'endormir et ne plus se réveiller.»

«Huit somnifères étaient à portée de la main; M<sup>me</sup> Brush lui a demandé s'il voulait les prendre et il les a avalés. M<sup>me</sup> Brush s'est sentie obligée de l'imiter et elle a avalé vingt-huit somnifères plus un peu de whisky puisqu'elle était convaincue qu'avec l'alcool, les cachets seraient plus efficaces. Elle et son mari se sont allongés et elle s'est réveillée à l'hôpital où elle a été soulagée d'apprendre qu'elle n'était pas seule à avoir survécu et que son mari était également vivant.»

Il ressort clairement des faits présentés en l'instance que tant Jean que Cecil Brush étaient de plus en plus découragés de la détérioration de l'état de santé de Cecil Brush. Elle avait donc perdu beaucoup de poids avant juillet 1994 à cause des soins dont son mari avait de plus en plus besoin et de la dépression qu'elle et son mari vivaient à cause de son état.

En juin 1994, Cecil Brush a été admis au Stoney Creek Life Care Retirement Centre pour une semaine, mais il a obtenu la permission de rentrer chez lui à Stoney Creek pour être confié aux soins de sa femme. Le 3 août 1994, Cecil Brush a été placé au Clarion Nursing Home de Stoney Creek pour un mois. Durant cette période, on a tenté de trouver un établissement qui s'occuperait de M. Brush à plus long terme.

Le 18 août 1994, vers 11 h 15, Jean Brush s'est rendue à la maison de santé et a signé le formulaire de sortie avant d'emmener son mari déjeuner avec elle. Il devait revenir avant 14 h le même jour. Les voisins des Brush affirment avoir vu Jean et Cecil Brush arriver à leur domicile vers midi, le 18 août 1994.

Peu après 17 h, leur fille, Joan Myers, est arrivée au domicile de ses parents après son travail. Elle est montée à l'étage et a trouvé son père et sa mère allongés sur des couvertures disposées sur le plancher de la salle à manger. Elle a immédiatement appelé le service d'urgence et, peu après, le service d'incendie, les ambulanciers et la police sont arrivés sur les lieux.

Le premier agent de police est arrivé vers 17 h 20. Il a vu M. et M<sup>me</sup> Brush allongés sur le plancher de la salle à manger. Jean Brush était allongée près de Cecil Brush et lui tenait la main.

Les ambulanciers s'occupaient de Jean Brush lorsque le premier agent de police est arrivé. L'agent a constaté que Cecil Brush avait une large plaie au milieu de l'abdomen juste en-dessous de la cage thoracique. Sa chemise avait été enroulée juste au-dessus de sa cage thoracique. L'officier a eu l'impression que Cecil Brush était décédé, alors que Jean Brush respirait encore et recevait des soins médicaux.

[...]

Jean Brush a avoué aux policiers avoir poignardé Cecil Brush elle-même et a reconnu l'arme utilisée. Selon l'avocat de la défense, M<sup>me</sup> Brush aurait déclaré au procès qu'elle était allée chercher le couteau, que son mari tenait le couteau et s'était poignardé lui-même mais n'avait pas réussi, et qu'elle avait ensuite fait en sorte que les plaies fatales aient pu être infligées. Elle s'est poignardée cinq fois à l'abdomen et a été transportée au General Hospital où on a soigné ses blessures. Les médecins ont estimé qu'il n'y avait pas lieu de craindre pour sa vie.

La note de suicide qui a été trouvée a été déposée en preuve et se lit comme suit - il s'agit d'une note provenant du journal de Jean Brush et l'inscription mentionnée porte la date de la mort de Cecil Brush, soit le 18 août 1994, et je cite :

«Ma situation, comme celle de Cec, s'aggrave chaque jour et ne s'améliorera pas. Cec est aveugle et atteint de la maladie d'Alzheimer et nous vivons un cauchemar infernal. Nous avons vécu notre vie et elle doit finir avant que nous soyons dans un état végétatif. La profession médicale et les gouvernements ne veulent pas avoir recours à l'euthanasie ou au meurtre par compassion pour aider les personnes âgées et souffrantes à mettre fin à la torture et à l'agonie qu'elles endurent.»

«Les personnes dans les maisons d'hébergement, dans les ailes psychiatriques, qui sont mentalement et physiquement mortes mais qui respirent et qu'on garde en vie le plus longtemps possible. Pourquoi? Pourquoi? Des enfants handicapés, fortement handicapés qui souffrent d'incapacités mentales et physiques qu'on maintient en vie mais qui ne vivent pas vraiment.»

«Est-ce que la profession médicale et les gouvernements se préoccupent des répercussions sur les familles? Il semble que non.»

«La vie de Joan est chambardée et cela va s'empirer et il ne faut pas demander ce sacrifice à quiconque. Les familles doivent penser à leur propre vie. La vie des jeunes doit continuer.»

«Le Cec jeune, dynamique et plein de vie n'est plus. C'est un homme vidé, mort sans être enterré puisqu'il respire toujours.»

«Ma chère Joan. Quelle que soit la façon dont ça va arriver, ça va être un choc. Je ne peux plus laisser ton père souffrir. Je sais que je dois partir moi aussi. J'ai transféré le petit montant du compte de ton père au compte conjoint, mais Dana Kelly a besoin d'une copie de la procuration — c'est-à-dire celle de ton père. Pourrais-tu la lui apporter quand tu auras le temps et l'occasion de le faire?»

«Nous t'aimons, ainsi que Karen et Shawn, de même que Michael qui fait partie de la famille.»

[...]

## ANALYSE

L'article 236 du Code criminel du Canada prescrit la peine pour le crime d'homicide involontaire en ces termes :

«Quiconque commet un homicide involontaire coupable est coupable d'un acte criminel et passible de l'emprisonnement à perpétuité.»

Il n'y a aucune peine minimale prescrite pour cette infraction et les peines imposées par divers tribunaux ont varié de l'emprisonnement à perpétuité à la condamnation avec sursis dans un petit nombre d'affaires.

L'avocat de la défense demande à cette Cour de condamner l'accusée avec sursis et le procureur de la Couronne reconnaît que c'est le genre de peine qui s'impose compte tenu des circonstances de l'affaire.

En examinant la jurisprudence, j'ai trouvé plusieurs affaires dans lesquelles le tribunal a imposé une condamnation avec sursis mais aucune de ces affaires, qu'elle soit citée par les avocats ou examinée par moi-même, ne ressemble aux faits de l'espèce.

Les tribunaux ont élaboré plusieurs principes susceptibles de les aider en matière de détermination de la peine; il s'agit de l'effet de dissuasion en général et en particulier, la protection du public et la réadaptation de l'accusé. Les tribunaux tentent de pondérer tous ces principes en déterminant la peine.

La question qui se pose est celle de la peine qu'il convient d'imposer dans la présente affaire. Jean Brush a quatre-vingt-un ans. Elle a été un membre actif de la société toute sa vie et n'a jamais eu de démêlés avec la justice. À cause de circonstances indépendantes de sa volonté, elle se trouve maintenant condamnée d'avoir commis l'un des crimes les plus graves de notre Code criminel.

Les appels à l'aide du couple sont demeurés sans réponse et elle a participé à ce qu'on appelle un meurtre par compassion ou euthanasie dans une tentative désespérée de mettre fin à sa vie et à celle de son mari avec un peu de dignité et sans constituer un fardeau pour la société.

Le droit en vigueur au Canada permet le suicide mais interdit à quiconque d'aider quelqu'un à se suicider. La Cour suprême s'est penchée sur la question de l'aide au suicide dans l'affaire *Rodriguez c. Colombie-Britannique (procureur général)*.

[...]

Les deux points de vue qui s'opposent dans le débat sur l'euthanasie présentent des arguments percutants et logiques; ces divergences ne peuvent être résolues par les tribunaux; il appartient au Parlement d'en décider. C'est au législateur de décider s'il y a lieu de modifier le droit en vigueur de sorte qu'une personne qui se trouve dans la même situation que M<sup>me</sup> Brush puisse, à l'avenir, être à l'abri de toute sanction pénale.

PEINE : Considérant l'ensemble des éléments de preuve dont dispose le tribunal, je suis d'avis que cette affaire présente des circonstances exceptionnelles qui justifient l'imposition d'une mesure non privative de liberté. Il n'y a aucun doute dans mon esprit que, compte tenu des faits qui m'ont été soumis, il faut imposer la peine la moins sévère possible aux fins de la justice; la sécurité de la collectivité ne sera pas menacée par la présence de M<sup>me</sup> Brush.

Je ne connais aucun principe applicable en matière de détermination de la peine qui pourrait m'inciter à incarcérer Jean Brush et peut-être à abréger sa vie. Elle a déjà souffert une peine beaucoup plus sévère que celle que pourrait lui imposer ce tribunal, savoir la perte d'un mari tendre et dévoué dans des circonstances tragiques et le traumatisme que lui a valu une poursuite pénale au vu et au su de tout le monde à cette étape de sa vie.

Je n'aggraverai pas cette situation tragique en incarcérant Jean Brush. Par conséquent, j'ai décidé de surseoir au prononcé de la sentence et de rendre une ordonnance de probation de dix-huit mois contre Jean Brush. L'ordonnance de probation contiendra les conditions habituelles prescrites par la loi, de même que les conditions supplémentaires suivantes :

Premièrement, elle doit se présenter immédiatement à un agent de probation comme le signifie l'ordonnance et, par la suite, observer ses directives. De plus, elle doit obtenir tous les soins médicaux prescrits par l'agent de probation et suivre toutes les directives de son médecin.

[ ... ]

Voilà la peine imposée par le tribunal à moins que les avocats aient quelque chose à ajouter.





**Malette c. Shulman et al. Répertoire : Malette c. Shulman (C.A.Ont.) 72 O.R. (2d) 417 [1990] O.J.**

La demanderesse a été grièvement blessée dans un accident automobile et elle a été transportée à l'hôpital, une des parties défenderesses, alors qu'elle était inconsciente. Un médecin, également partie défenderesse, du service d'urgence l'a examinée. Ce dernier a conclu qu'une transfusion sanguine était indiquée, mais une infirmière a découvert, dans le sac à main de la demanderesse, une carte précisant que cette dernière était témoin de Jéhovah et qu'elle refusait, en raison de ses croyances religieuses, toute transfusion sanguine peu importe les circonstances. Ayant conclu, à la lumière de la condition de la demanderesse, qu'une transfusion sanguine était nécessaire pour préserver la vie et la santé de cette dernière, le médecin défendeur a personnellement effectué les transfusions. En outre, il a par la suite refusé de suivre les instructions que lui donnait la fille de la demanderesse pour qu'on cesse les transfusions. Le médecin a estimé qu'il était de son devoir professionnel de pratiquer une transfusion sur sa patiente; il n'était pas convaincu que la carte reflétait toujours les opinions de cette dernière. La demanderesse s'est remise de l'accident et elle a intenté une action contre le médecin, l'hôpital, son cadre dirigeant et quatre infirmières au motif que la transfusion de sang constituait de la négligence et des actes de violence. Le juge de première instance a accordé à la demanderesse une somme de 20 000 \$ à titre de dommages-intérêts pour actes de violence. Les parties défenderesses ont interjeté appel devant la Cour d'appel.

**Arrêt :** L'appel doit être rejeté.

La demanderesse a le droit de contrôler son propre corps. Le délit d'actes de violence protège le droit à la sécurité de son corps contre les actes physiques non voulus. N'importe quel contact non consensuel qui porte atteinte ou constitue une offense à la dignité légitime d'une personne peut faire l'objet d'une poursuite. Un adulte capable a généralement le droit de refuser un traitement précis ou l'ensemble des traitements, ou encore de choisir une forme de traitement différente. Il a cette liberté même si sa décision comporte des risques aussi sérieux que la mort et même si elle paraît erronée aux yeux du corps médical ou de la collectivité. Peu importe l'opinion du médecin, la décision finale de suivre ou non un traitement revient au patient. Bien que, dans le cas d'une urgence, le médecin puisse bénéficier de la protection découlant de la théorie de la nécessité lorsqu'il agit sans le consentement du patient, il ne peut, à sa guise, écarter les instructions préalables données par le patient. En l'occurrence, la demanderesse avait exprimé sa volonté de la seule façon possible.

Bien que l'intérêt de l'État dans la protection et la préservation des vies et de la santé de ses citoyens puisse prévaloir sur le droit d'une personne à l'autodétermination lorsqu'il s'agit d'éliminer un risque pour la santé de la collectivité, il n'empêche pas un adulte capable de refuser un traitement médical destiné à lui sauver la vie.

Le fait que le médecin n'a pas eu l'occasion d'offrir des conseils médicaux n'a pas pour effet d'annuler les instructions destinées à prévoir n'importe quelle situation où il n'est pas possible de donner des conseils. Quels que soient les doutes soulevés quant à la validité des instructions formulées sur la carte, les éléments de preuve présentés en l'espèce ne permettent pas de les étayer de manière rationnelle.

L'appel incident visant le rejet de l'action intentée contre l'hôpital et de l'ordonnance relative aux dépens doit être rejeté.



**Cour suprême de la Nouvelle-Ecosse, Sa Majesté la Reine contre Cheryl Mae Myers et Michael William Power**

Aux fins de l'article 655 du Code criminel, ce qui suit constitue l'exposé conjoint des faits :

1. Layton Myers est né le 14 août 1925. Il a épousé Rita Myers le 13 janvier 1947. Trois enfants sont nés de leur union, soit Gary, Danny et Cheryl. Cheryl est la plus jeune des trois.

2. En janvier 1991, Rita Myers, qui était atteinte du cancer du foie, a fait une rechute et a souffert durant de nombreux mois avant de mourir. Elle était hospitalisée avant son décès.

Des appareils la maintenaient artificiellement en vie. Lorsqu'on a diagnostiqué pour la première fois que Rita Myers était atteinte d'un cancer, Layton Myers, qui avait été débardeur pendant 36 ans, a arrêté de travailler afin de pouvoir rester à la maison avec sa femme.

3. Le 1<sup>er</sup> août 1991, après avoir consulté le médecin de Rita Myers, Layton Myers et Cheryl Myers ont décidé de débrancher les appareils qui maintenaient Rita en vie. Celle-ci est décédée le jour même.

4. Au cours de la maladie de Rita Myers, Cheryl Myers a passé beaucoup de temps avec son père. Pendant cette période, celui-ci a dit à sa fille que, s'il devenait malade comme Rita, il ne voudrait pas endurer les souffrances que celle-ci a connues. Il voulait conserver sa dignité.

5. Cheryl Myers est âgée de 36 ans. Elle a quitté l'école secondaire avant d'avoir terminé sa onzième année. Elle a travaillé comme fonctionnaire pendant cinq ans puis a laissé son emploi pour suivre des cours de perfectionnement. Elle est devenue mère célibataire en donnant naissance à son premier enfant, Candice, qui a maintenant dix ans. Michael Power est âgé de 35 ans; il a terminé ses études secondaires et a suivi, dans un collège communautaire de Moncton, au Nouveau-Brunswick, un cours sur l'entretien des avions. Il s'est marié à dix-neuf ans et est père de deux enfants, Matthew, onze ans, et Madonna, seize ans. Sa femme et lui se sont séparés il y a onze ans, et le jugement définitif de divorce a été rendu il y a trois ans. Michael Power assume seul la garde de ses deux enfants et il élève Matthew depuis qu'il est tout petit.

6. Michael Power et Cheryl Myers se sont rencontrés en octobre 1990 et ont commencé peu après à vivre ensemble. Cheryl Myers est devenue enceinte à l'époque où elle prenait soin de sa mère malade, et elle a donné naissance à Jessica le 25 février 1992. Michael Power et Cheryl Myers vivent actuellement en union de fait, avec les quatre enfants, au 127 Herring Cove Road, Armdale.

7. Michael Power avait entretenu des relations cordiales avec Rita Myers. Layton Myers était un homme qui ne se confiait pas. Après le décès de Rita, Michael Power et lui sont devenus des amis intimes.

8. Vers le mois de décembre 1992, Layton Myers a commencé à se plaindre de douleurs au dos. À cette époque, il avait fait une mauvaise chute. Cheryl Myers et Michael Power l'ont convaincu de consulter son médecin de famille, le D<sup>r</sup> Ernie Johnson. Layton Myers a subi des examens médicaux au Camphill Hospital et on a diagnostiqué qu'il était atteint du cancer du poumon. On ne lui donnait alors que trois mois à vivre. Cheryl Myers et Michael Power ont rencontré les médecins, et Michael Power a informé Layton Myers du pronostic. Ce dernier a refusé la chimiothérapie qu'on lui proposait parce qu'elle n'améliorerait pas sa qualité de vie au cours de la période qui lui restait à vivre.

9. Après avoir reçu la confirmation du diagnostic, Cheryl Myers a emménagé chez son père, au 20 Margate Drive, afin de prendre soin de lui. Michael Power se chargeait des travaux ménagers et rendait tous les jours visite à Layton Myers. Il aurait été possible d'obtenir de l'aide par l'intermédiaire du ministère des Anciens combattants, mais Layton Myers, sa fille et Michael Power ont décidé que ces deux derniers assumeraient eux-mêmes la tâche qui se présentait. Layton Myers se sentait des plus à l'aise avec eux. Après avoir refusé la chimiothérapie, Layton Myers a confié à Cheryl Myers qu'il ne voulait pas aller à l'hôpital pour y mourir.



comme Rita : il souhaitait rester à la maison. Il lui a expliqué qu'il ne voulait pas en arriver au point où il ne pourrait plus s'occuper de lui-même, ou encore au moment où il devrait porter des couches pour adultes. Cheryl Myers a répondu à son père qu'elle ne laisserait pas les choses s'aggraver à ce point et qu'elle prendrait soin de lui. Michael Power aurait été présent lors de cette conversation et y aurait participé.

10. Au cours des mois qui ont suivi, la santé de Layton Myers a commencé à se détériorer. Cheryl Myers et Michael Power devaient l'aider lorsqu'il allait à la salle de bains et devaient lui préparer des aliments particuliers qu'il était capable de bien digérer. Layton Myers avait perdu beaucoup de poids. On lui administrait de fortes doses de médicaments et il dormait énormément.

11. Pendant cette période, Layton Myers a répété à Cheryl Myers et à Michael Power qu'il souhaitait mourir à la maison. Il leur a demandé de l'aider à mourir lorsqu'il ne pourrait plus vivre de façon autonome. Ils ont accepté, bien qu'ils aient continué d'espérer que son état s'améliorerait d'une façon ou d'une autre.

12. Au cours de l'enquête menée par les policiers dans cette affaire, un cousin de Cheryl Myers a, de sa propre initiative, déclaré aux policiers que Layton Myers lui avait clairement fait part, à lui aussi, de son désir de mourir.

13. En avril 1993, Layton Myers était dans un état très grave. Il devait presque toujours garder le lit. Il était désormais obligé d'utiliser des couches pour adultes puisqu'il avait perdu la maîtrise de ses fonctions physiques. Michael Power a fréquemment aidé au changement de ces couches. Cette perte de maîtrise, ainsi que la perte de dignité qui en découlait, plaçait Layton Myers dans une situation très pénible et humiliante.

14. Cheryl Myers baignait et rasait régulièrement son père. Elle lui prodiguait des soins de qualité.

15. La perte de maîtrise de Layton Myers sur son corps allait en s'accroissant et, à la longue, Cheryl Myers n'a plus été en mesure, tant du point de vue physique qu'émotif, de lui donner seule les soins de base requis. Michael Power a alors emménagé dans la maison de Layton Myers, confiant à sa fille aînée la charge des plus jeunes enfants. Michael Power et Layton Myers ont passé beaucoup de temps ensemble. L'état de ce dernier empirait de jour en jour.

16. Le vendredi 14 mai 1993, Layton Myers respirait péniblement et souffrait beaucoup. Il n'avait rien mangé depuis le 11 mai 1993. Le matin du 14 mai 1993 aura été le dernier moment où il a reconnu Cheryl Myers et parlé à Michael Power, puisqu'il n'a pas repris connaissance après cette date.

17. Le samedi matin 15 mai 1993, Layton Myers n'avait plus conscience et souffrait énormément. Cheryl Myers et Michael Power ont appelé le D<sup>r</sup> Johnson; comme il était à l'extérieur de la ville, le D<sup>r</sup> Norman Pinsky, qui était alors de garde, s'est rendu au domicile de Layton Myers. Il a avisé Cheryl Myers et Michael Power que le décès de Layton Myers était imminent et devrait vraisemblablement survenir dans un ou deux jours au plus tard. À ce moment-là, Cheryl Myers et Michael Power ont compris que tout espoir pour la survie de Layton Myers avait disparu.

18. On administrait à Layton Myers de fortes doses de morphine pour apaiser sa douleur mais, d'après sa respiration, un mal intense semblait l'envahir à intervalles réguliers.

19. Tel qu'on lui avait demandé, le D<sup>r</sup> Pinsky est retourné au domicile des Myers plus tard dans la journée du 15 mai 1993. À ce moment-là, Layton Myers était fiévreux, sa respiration était pénible et irrégulière. Il n'avait pas repris connaissance. Le D<sup>r</sup> Pinsky a déclaré à Cheryl Myers et à Michael Power qu'il croyait que le décès surviendrait sous peu, dans les heures suivantes ou au cours de la nuit.

20. Cheryl Myers et Michael Power ont alors discuté de la décision qu'ils avaient prise antérieurement de ne pas laisser Layton Myers souffrir.



21. Cheryl Myers a lavé et rasé son père. Elle l'a habillé. Elle et Michael Power ont alors placé un oreiller sur la figure de Layton Myers et l'ont étouffé. Cheryl a ensuite appelé un salon funéraire et a demandé au pasteur de venir au domicile de son père.

22. Le D<sup>r</sup> Pinsky a signé le certificat de décès et Layton Myers a été inhumé normalement. Aucune autopsie n'a été effectuée puisqu'on s'attendait au décès de Layton Myers.

23. Cheryl Myers et Michael Power n'ont pas tenté de cacher ce qu'ils avaient fait. À plus d'une occasion Cheryl Myers a fait part aux membres de sa famille de son acte et des raisons qui l'avaient poussée à agir. Ces personnes se sont montrées peu disposées à son égard lorsqu'elle a fait ces révélations. Cheryl Myers et Michael Power ont également, plus d'une fois, informé ouvertement leurs amis du fait qu'ils avaient mis fin à la vie de Layton Myers et leur ont expliqué les raisons de cet acte. C'est de cette façon que les policiers ont découvert ce qui s'était passé et que, finalement, des accusations ont été portées.



**Cour de l'Ontario (Division générale) Sa Majesté la Reine contre Alberto De La Rocha, Motifs de détermination de la peine de l'honorable Juge S. Loukidelis à Timmins (Ontario) le 2<sup>e</sup> jour d'avril 1995.**

L'accusé répond de deux chefs d'accusation. Il est accusé, en vertu du premier chef, de meurtre au deuxième degré et, en vertu du deuxième chef, d'avoir administré, au même moment et au même endroit, à Mary Graham, un produit nocif, savoir 40 mg de morphine et 20 milliéquivalents de chlorure de potassium dans l'intention de mettre fin à ses jours. L'accusé a inscrit un plaidoyer de culpabilité quant au deuxième chef et le premier chef a donc été retiré.

La question de la modification du deuxième chef d'accusation a été soulevée au cours des représentations sur la sentence et après celles-ci, tant par le tribunal qu'entre les avocats. Le plaidoyer a été rayé et le deuxième chef a été modifié et l'accusé a été interpellé de nouveau et a inscrit un plaidoyer, les déclarations des témoins étant présumées avoir été faites au cours du procès sur le chef d'accusation modifié.

Le tribunal a l'avantage de disposer d'un énoncé conjoint des faits qui a été lu par le policier enquêteur. De plus, le tribunal a appris que, tout de suite après le paragraphe 13, avait été inscrite une note tirée des dossiers de l'hôpital concernant une observation qui avait été faite de la défunte à 16 h 20 et qui révélait une détérioration de son état de santé tel que mentionné aux paragraphes 13 et 14. Ce document a été déposé par l'avocat de l'accusé avec l'accord toutefois du procureur de la Couronne.

L'accusé se présente devant le tribunal sans casier judiciaire antérieur. Les avocats demandent que je tiennne compte des principes de détermination de la peine qu'ils ont d'ailleurs exposés. Ces principes sont la dissuasion en général et, en particulier, la protection de la société et la réadaptation de l'accusé.

[...]

Le tribunal constate, en examinant les arguments des deux procureurs et leurs opinions sur les principes de détermination de la peine, que l'avocat de la Couronne et l'avocat de l'accusé s'accordent pour dire qu'en l'espèce, la dissuasion en particulier et la réadaptation de l'accusé ne sont pas en cause. Le seul principe en cause est celui de la dissuasion en général.

Avant d'aborder ces principes, je veux parler de l'exposé des faits pour placer dans son contexte la situation à laquelle la famille de la défunte et le médecin faisaient face le 15 octobre 1991.

M<sup>me</sup> Graham n'allait pas bien. Elle avait vu son médecin et, à la fin du mois d'août 1991, son médecin de famille avait constaté la présence d'une bosse au cou de M<sup>me</sup> Graham. Le 24 septembre, M<sup>me</sup> Graham avait toujours cette bosse mais se plaignait également du fait qu'elle avait du mal à avaler et son médecin l'a référée à un spécialiste en médecine interne. Le 7 octobre de la même année, ce dernier a non seulement remarqué que la tumeur au cou avait grossi mais aussi que M<sup>me</sup> Graham était plutôt souffrante. Le rendez-vous avec le D<sup>r</sup> Adesanya a été devancé et ce dernier a examiné M<sup>me</sup> Graham le 8 octobre.

Il s'est avéré nécessaire de procéder à une biopsie chirurgicale et le D<sup>r</sup> de la Rocha a été appelé. Il a rencontré la patiente le 9 octobre, a examiné les radiographies, et a posé un diagnostic préliminaire établissant qu'il y avait deux tumeurs et qu'il fallait faire les préparatifs pour pratiquer une biopsie. Il voulait confier la patiente à des spécialistes de Toronto ou de Sudbury.

Elle a été admise à l'hôpital le 14 octobre, et la biopsie devait avoir lieu le 15. Elle s'est rendue elle-même à l'hôpital, apparemment sans difficulté.

C'est au cours de la biopsie que sont survenus certains problèmes. Le D<sup>r</sup> Gaida, spécialiste en anesthésiologie qui devait anesthésier la patiente, a constaté qu'elle avait du mal à respirer lorsqu'elle a dû s'allonger. Il a remarqué qu'elle était cyanosée et souffrait d'une obstruction partielle des voies respiratoires. Il a décidé de pratiquer plus tôt la biopsie.

C'est au cours de cette procédure que sont apparues les difficultés respiratoires et qu'il a été jugé nécessaire de l'intuber. Le D<sup>r</sup> Hook, l'anesthésiste de garde à ce moment-là, était présent et a participé à l'intubation. La patiente souffrait énormément. Selon l'examen effectué avant la biopsie, la patiente avait non seulement une tumeur à la langue, mais également une grosse tumeur aux bronches qui obstruait une des bronches et 50% de l'autre.

Le ventilateur posait également problème et c'est alors que M<sup>me</sup> Graham a demandé à l'infirmière de retirer le tube. L'infirmière a dû lire sur les lèvres de la patiente qui avait probablement de la difficulté à parler à cause du tube.

[...]

M<sup>me</sup> Graham ne devait pas passer la nuit, du moins selon le D<sup>r</sup> Hook, mais elle a survécu. C'est l'infirmière Cooper que M<sup>me</sup> Graham a inquiétée. Elle ne semblait pas réagir à une évaluation neurologique normale. Elle ne répondait pas lorsqu'on l'interpellait, gardait les yeux fermés et n'a eu aucune réaction lorsqu'on lui a infligé un stimulus douloureux.

Par la suite, à 9 h 30, le D<sup>r</sup> de la Rocha est venu s'occuper de la patiente et M. George Graham, qui venait d'arriver de Sudbury, a affirmé qu'il voulait qu'on maintienne sa mère en vie jusqu'à l'arrivée de Burlington de son frère aîné, le D<sup>r</sup> Jamie Graham.

Dans cette affaire, le tube a été retiré à sa demande. La patiente savait qu'elle allait mourir. On le lui avait dit - et elle avait compris qu'en lui retirant le tube sa vie serait abrégée à sa propre demande de retirer le tube.

Le D<sup>r</sup> de la Rocha a retiré le tube et a demandé qu'on lui administre une grande quantité de morphine. Il a administré 20 mg de morphine fournie par l'infirmière Janet Donaldson. Même après l'extubation (qui a duré environ 30 secondes - la famille était présente), M<sup>me</sup> Graham respirait par elle-même et normalement; elle était toutefois aidée d'un masque Puritan qui fournit 50 % d'oxygène.

Il a administré les 10 premiers mg de morphine, puis une deuxième dose de 10 mg, puis encore 20 mg. Le paragraphe 29 ne permet pas de savoir si la patiente avait cessé de respirer après les 40 mg ou entre l'administration de la première et de la deuxième doses de morphine puisque, selon ce paragraphe : [Traduction] «Le D<sup>r</sup> de la Rocha a administré la dose et, à ce moment-là, la patiente avait cessé de respirer



et sa fréquence cardiaque était dans les 50 battements la minute.» C'est alors que l'accusé a demandé qu'on lui apporte du chlorure de potassium de l'unité de soins et que l'infirmière lui a répondu que l'unité disposait de chlorure de potassium, mais qu'elle refusait d'aller le chercher. Le docteur est allé le chercher lui-même et l'a administré.

Nous ignorons si elle respirait à ce moment-là. Par contre, nous savons que lorsque la patiente a reçu le chlorure de potassium, la mort s'en est suivie rapidement avec un épisode de fibrillation ventriculaire appelée tachycardie ventriculaire.

[...]

Pour ma part, si le docteur avait prétendu qu'un médecin peut administrer une dose mortelle d'une drogue ou d'un produit dans le but de tuer un patient aux fins d'euthanasie, à mon avis, il s'agit d'une violation de la loi qui mérite un châtement sévère, non seulement sévère quant à la peine (comme le propose la Couronne) mais une longue peine d'emprisonnement.

[...]

Jusqu'à ce que la loi soit changée, il faut respecter la loi. Personne n'est au-dessus de la loi dans ces circonstances. Cela étant dit, les déclarations que j'ai lues ne m'ont pas convaincu que le médecin voulait défendre les principes de l'euthanasie lorsqu'il a administré la dose mortelle de chlorure de potassium. Les éléments de preuve qui m'ont été soumis révèlent que les 20 mg de morphine ne constituaient pas une dose mortelle - voire 40 mg à la lumière du témoignage du D<sup>r</sup> Meloff et d'autres qui ont été interrogés à ce sujet - il n'était pas certain que la mort s'en suivrait. En même temps, nous savons qu'après 20 mg, ou peut-être même après 40 mg, elle avait cessé de respirer et que sa fréquence cardiaque était dans les 50 battements. Elle vivait toujours, mais elle ne respirait plus; la mort devait donc survenir non pas dans quelques heures ou jours, mais peut-être dans quelques secondes ou minutes. Dans ces circonstances, il m'apparaît que le chlorure de potassium a été administré à une patiente qui avait déjà cessé de respirer.

La question que je me pose est celle de la peine qui s'impose. Je crois savoir que la dissuasion en général joue un rôle en l'espèce et qu'elle doit jouer un rôle dans ce type d'infraction. Il est établi que même si le délinquant primaire ne doit pas être incarcéré, dans certains cas, il faut lui imposer cette peine parce qu'il s'agit d'un acte criminel grave. En l'espèce, il s'agit de l'acte criminel d'avoir administré un produit nocif.

Je tiens compte de nombre de facteurs, notamment les témoignages éloquentes que sont les déclarations non seulement de deux de ses collègues, une infirmière et un patient qui ont déposé aujourd'hui, mais également les 53 lettres qui ont été déposées à titre de preuve, les pièces quatre et cinq respectivement. Elles me prouvent qu'il s'agit d'une personne qui possède une excellente formation, est très habile, qui pense d'abord à ses patients dans sa vie professionnelle. Ce médecin est prêt à travailler au pied levé. Plusieurs de ses patients ont mentionné à quel point il est patient lorsqu'il doit leur expliquer leur maladie. Ses collègues, tant médecins qu'infirmières, ont non seulement évoqué sa formation, mais également sa capacité à prendre rapidement les décisions et les actions nécessaires en soignant ses patients, ces derniers en bénéficiant. À cause de cette habileté, il peut réunir ses moyens très rapidement pour faire face à toutes les urgences qui se présentent. Ce grand talent est l'un des points forts qui ressortent de ces lettres.

Il n'y a aucun doute que ce médecin jouit d'une excellente réputation. Les professionnels de la santé et le personnel de l'hôpital qui ont travaillé avec lui lui vouent une très grande estime. Je n'ai aucun doute que celui-ci comprend la très haute vocation à laquelle il a été appelé en tant que médecin. Cela se voit dans la façon dont il s'occupe de ses patients. Tous ces facteurs me révèlent qu'il a tenté d'utiliser son talent d'une façon positive.

En même temps, il me semble que de la façon dont il a agi dans la présente affaire, il a agi rapidement et les gestes qu'il a posés l'ont amené à violer le droit pénal. Il est certain qu'il n'a pas voulu entendre ou



accepter le refus de l'infirmière de lui fournir le chlorure de potassium parce qu'il s'est immédiatement rendu lui-même le chercher. Il ne s'est pas arrêté à penser qu'il passait des soins palliatifs que constitue l'administration de la morphine à un acte qui entraînerait immédiatement la mort de M<sup>me</sup> Graham. En même temps, les faits, du moins ceux sur lesquels les procureurs ont convenu que je prenne ma décision, démontrent que lorsque la morphine a été administrée, que ce soit toute la dose ou la moitié de celle-ci, la patiente avait cessé de respirer.

[...]

Mais ces affaires établissent les principes dont je dois tenir compte, savoir que même lorsque la peine maximale pour l'homicide involontaire est l'emprisonnement à perpétuité, la personne qui commet cet acte criminel peut ne pas subir une telle peine selon les faits et les circonstances en cause. Cela s'est notamment avéré également dans l'affaire *R. c. Hardy*, l'affaire de la juge Barrette-Joncas, dans laquelle un mari avait obtenu une condamnation avec sursis à la demande et avec l'approbation des soeurs et de la mère de la défunte. En lisant les faits de l'affaire, force m'est de constater les choix difficiles que la famille de la défunte devait faire dans ces circonstances.

[...]

Bien entendu, certains faits de la présente affaire se distinguent des circonstances de l'affaire *Mattaya*. Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, infirmier diplômé depuis un an et demi, qui avait un patient dont l'appareil de survie avait été débranché. Il avait reçu le double de la dose de morphine qu'en l'espèce et 60 mg de valium et il avait commencé à réagir d'une manière qui a fait paniquer M. *Mattaya*. À la page 21 du rapport, les motifs du juge Wren, il a déclaré : [Traduction] «Dans les circonstances spéciales de l'espèce, à mon avis, le tribunal doit tenir compte des intérêts de la société et imposer une peine suffisamment sévère, aux fins de la dissuasion en général, pour écarter le plus possible le danger toujours présent que des individus s'arrogent un droit de vie et de mort. La vie est précieuse et le tribunal doit en tenir compte avant tout dans de telles circonstances. Dans ces circonstances hors du commun, je suis d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'imposer une peine d'emprisonnement à ces fins.»

En examinant ce passage, je ne puis qu'être convaincu qu'en visant la dissuasion en général, et compte tenu de mon rôle en matière de protection des intérêts de la société, il n'est pas nécessaire, dans ces circonstances, d'imposer une peine d'emprisonnement. Comme je l'ai dit, le résultat aurait pu être différent si j'étais convaincu qu'en l'espèce, l'accusé voulait justifier son geste parce qu'il croyait à l'euthanasie. Il est vrai qu'il s'est exprimé ainsi dans ce paragraphe. Mais je le répète, je ne suis pas convaincu qu'il faisait autre chose qu'exprimer un point de vue sur la question après le fait.

Je dois également tenir compte de l'opinion de la famille. Le tribunal veut une déclaration sur les répercussions du crime. Il veut également obtenir l'opinion de la famille de la victime. Dans cette affaire, les déclarations de George Graham m'ont ému. Il s'est exprimé clairement et précisément sur cette question. Il est certain qu'il avait discuté avec ses frères des questions qui lui ont été posées. Il ne croit pas qu'il faille condamner l'accusé à une peine d'emprisonnement, et je crois qu'il était motivé uniquement par le désir de se montrer charitable eu égard aux difficultés devant lesquelles le docteur se trouvait. Pour ma part, ces opinions de la famille ont joué un rôle très important dans la conclusion à laquelle je suis arrivé.

Ayant conclu qu'il ne devait y avoir aucune peine d'incarcération, la prochaine question que je dois me poser est celle de savoir quel doit être le résultat. À mon avis, il faut une condamnation avec sursis assortie d'une période de probation de trois ans. J'ajoute une seule condition, qu'il garde la paix et fasse preuve d'un bon comportement.

La demande que l'on m'a faite, savoir que l'ordonnance de probation lui interdise d'exercer sa profession, m'a troublé. Cela m'a préoccupé pendant quelques jours parce que, selon moi, il s'agissait d'une solution

de rechange possible. Mais j'en suis arrivé à la conclusion que les intérêts de la justice et les principes de la dissuasion en général ne seront pas mieux servis par l'imposition d'une telle peine.

L'accusé a maintenant un casier judiciaire. Il doit faire face à ses pairs et se rendre compte que les principes de vie sont les mêmes pour les personnes qui font face à une maladie intolérable et qui sont à l'article de la mort.

Par conséquent, j'impose la peine suivante:

Le tribunal déclare l'accusé coupable et condamne l'accusé avec sursis. L'accusé est tenu de respecter l'ordonnance de probation pour trois ans à condition qu'il ne trouble pas l'ordre public et ait une bonne conduite.

Je dois vous préciser, D<sup>r</sup> de la Rocha, que lorsqu'une personne est soumise à une ordonnance de probation et qu'elle est condamnée avec sursis, vous devez comprendre que si vous ne respectez pas les conditions de l'ordonnance, et si vous commettez un acte criminel et que vous êtes déclaré coupable de l'une ou de l'autre de ces infractions, vous pourrez devoir vous présenter de nouveau devant moi pour recevoir une peine relativement à cette infraction, si vous n'avez pas choisi d'interjeter appel de la déclaration de culpabilité ou avez interjeté appel et que l'appel a été rejeté ou que vous avez abandonné votre appel. Le cas échéant, vous devrez comparaître de nouveau devant le tribunal qui imposera une peine pour cette même infraction.

# Annexe M

## Les soins palliatifs au Canada

---

### 1. Introduction

Les premiers programmes de soins palliatifs ont été mis en place dans des hôpitaux à Montréal et à Winnipeg en 1975. On en compte maintenant quatre cent quinze selon le répertoire de 1994 de l'Association canadienne des soins palliatifs. Le Canada est réputé sur la scène internationale pour la création de services en milieu hospitalier et la qualité de certains de ses professionnels du domaine. Toutefois, de nombreux témoins ont déclaré au Comité que la disponibilité des soins palliatifs laisse encore beaucoup à désirer, même dans les grands centres,<sup>1</sup> bien qu'il existe des programmes dans chacune des provinces.

L'objet du présent document est de tracer un portrait détaillé des services de soins palliatifs au Canada. Nous verrons brièvement ce qu'on entend par cette expression, puis nous analyserons la situation des soins palliatifs dans l'ensemble du système de santé canadien, ainsi que dans chacune des provinces.

### 2. Définition des soins palliatifs

Une médecine de plus en plus spécialisée, le caractère impersonnel des soins, l'insistance sur les traitements de courte durée et l'accent mis sur la lutte contre la maladie au détriment d'une approche systémique face aux besoins de la personne, voilà autant de facteurs qui ont contribué à l'émergence de conceptions innovatrices des soins à prodiguer :

Il y a une image qui s'impose d'emblée quand on songe à l'article de la mort : la personne est plongée dans le coma, branchée à des appareils par des tubes intraveineux qui lui sortent de partout. Nous avons trop souvent vu de nos proches dans cet état, en proie à la douleur et à la souffrance.

Il en va autrement avec les soins palliatifs, qui visent à soulager la douleur de sorte que les personnes mourantes peuvent souvent être éveillées et rester en contact avec leur famille jusqu'à quelques heures ou quelques jours de l'échéance. Exempts de tubes et de moniteurs, les soins palliatifs tendent à laisser au patient et à sa famille autant de contrôle qu'ils veulent bien en exercer.<sup>2</sup>

---

1 «Les soins palliatifs sont-ils à la disposition des Canadiens de tout le pays? Je dois répondre à cette question par un non catégorique. [...] Je crains également que ces services ne soient pas disponibles dans certaines grandes villes.» (Latimer, 4:12) «Il existe très peu de gens qui reçoivent des services de soins palliatifs adaptés.» (St-Germain, 9:23) «Le nombre de patients qui sont mourants et qui peuvent recevoir des soins palliatifs est infime. S'ils reçoivent de bons soins dans un centre d'accueil, on réussit effectivement à contrôler leur douleur. Ce qui nous inquiète, ce sont les gens qui n'ont pas de soins palliatifs.» (Scandiffo, 8:48) «Des soins palliatifs organisés et accessibles sont offerts dans tous les grands centres canadiens. [...] Les régions rurales sont celles où il est le plus difficile d'offrir des services. Le problème principal tient non pas tant à la quantité et à l'emplacement des services qu'au fait qu'ils soient ou non reliés à d'autres types de soins.» (Henteleff, 5:17) «Cette situation n'existe pas uniquement dans les régions mal desservies, mais aussi dans quelques grands centres où toutes les personnes qui les demandent n'ont pas accès aux soins palliatifs.» (McGregor, 4:53) «[Les soins palliatifs] ne sont certainement pas offerts dans toutes les collectivités, plus particulièrement dans les petites, où il est franchement difficile [d'en] obtenir [...] ou d'avoir accès à un psychiatre.» (Rowand, 9:36)

2 Harry van Bommel, *Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia*, NC Press, Toronto, 1992, 24.



De nombreux témoins utilisent la définition de Santé et Bien-être social Canada :

Service ou programme qui dispense avec grande compassion des soins aux mourants et dont le but PREMIER est l'amélioration de la qualité de vie de ces patients. Les soins palliatifs sont habituellement dispensés par une équipe interdisciplinaire, dans le but de répondre aux besoins physiques, psychosociaux et spirituels des patients et de leur famille. La philosophie et les principes de soins palliatifs peuvent s'appliquer à d'autres groupes de patients que les mourants et ainsi jouer un rôle SECONDAIRE mais important dans le soulagement de leurs besoins.<sup>3</sup>

D'autres témoins utilisent la définition de l'Organisation mondiale de la santé :

Des soins actifs et globaux qui mettent l'accent sur le contrôle de la douleur et d'autres symptômes ainsi que sur le soutien psychologique, social et spirituel visant à améliorer la qualité de vie. [...] Ces soins valorisent la vie, [...] ne hâtent ni ne retardent la mort [considérée] comme un processus normal.

*Mount, 5:30*

Les organismes de soins palliatifs favorisent l'intégration des services, y compris les soins et le soutien apportés aux mourants et à leur famille par une équipe de bénévoles et de professionnels des soins palliatifs; l'aide aux familles en deuil; la sensibilisation et l'éducation populaires.

Un réseau coordonné et pluridisciplinaire qui prodigue des soins actifs et humains aux malades en phase terminale à domicile, à l'hôpital ou dans un autre établissement, [...] où la qualité de vie l'emporte sur la thérapeutique curative ou simplement destinée à prolonger la vie. Le patient est confié aux soins attentionnés et compétents d'une équipe pluridisciplinaire soucieuse de répondre aux besoins de sa personne entière et de préserver la santé de la famille. [...] Les amis et les proches jouent un rôle inestimable [...]. Le soin des personnes mourantes devient une responsabilité partagée par les particuliers et la collectivité autant que par le système social et médico-hospitalier.<sup>4</sup>

### 3. Les organismes canadiens de soins palliatifs

L'Association canadienne des soins palliatifs (ACSP) a été fondée en 1991 et constituée en personne morale en 1993. Elle compte quelque 250 membres, dont des particuliers, des associations provinciales et différents organismes chargés de programmes et de services, ainsi que quatre membres affiliés : les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, la Société canadienne du cancer, la Société canadienne du SIDA et la Société canadienne des médecins de soins palliatifs. Elle reçoit de l'aide financière de Santé Canada, organise tous les deux ans une conférence nationale sur les soins palliatifs, publie un répertoire et fait la promotion des soins palliatifs à l'échelle nationale.

Sur la scène provinciale, le portrait type de l'organisme de soins palliatifs est le suivant : inscrit comme organisme de charité à but non lucratif, communautaire et de formation récente (neuf sur dix ont été constitués après 1990). Il milite en faveur de l'élaboration d'une politique des soins palliatifs, d'un financement suffisant, de l'établissement de normes et de l'expansion des services. Il appuie ses membres en organisant des activités de formation et de perfectionnement, en constituant des réseaux, en fournissant des services d'information

3 Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1989, Services de soins palliatifs, *Rapport du Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, Guide pour l'établissement de normes*, p. 1.

4 Association de l'Île des Centres pour incurables, The Prince Edward Island Provincial Palliative Care Organization, 1994, 12. L'Island Hospice Association est l'organisme provincial de soins palliatifs de l'Île-du-Prince-Édouard.

et de défense à l'échelle locale et nationale. Enfin, il se finance à même les cotisations de ses membres et les dons qu'il reçoit.

#### 4. La disponibilité des programmes des soins palliatifs

Il y a très peu d'information publiée sur les soins palliatifs au Canada. Elle provient en grande partie des témoignages livrés ou des mémoires présentés au Comité, ainsi que des données fournies par différents organismes gouvernementaux ou autres. Il y a aussi des articles parus dans des revues spécialisées. Il est rare qu'on dispose de statistiques précises, par exemple, sur le nombre de programmes, d'établissements et de patients, les coûts comparatifs et d'autres aspects des soins palliatifs, étant donné que ni Statistique Canada, ni le ministère fédéral de la Santé ou les organismes de soins palliatifs n'en recueillent.

Le *Répertoire canadien des soins palliatifs et des services pour les personnes atteintes du VIH/SIDA* pour 1994 énumère les services offerts dans les dix provinces et les deux territoires. Le tableau I en fait le résumé et le tableau II fait le décompte des programmes de soins palliatifs offerts dans les provinces en 1981, 1986, 1990 et 1994. Par exemple, il y avait 55 programmes en Ontario en 1981, 11 au Nouveau-Brunswick en 1990, etc.

Tableau I : Programmes de soins palliatifs en 1994

	TOTAL	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NE	IPE	TN
<b>CLIENTELE</b>											
ADULTES	403	71	27	31	12	160	42	9	27	6	18
ENFANTS	247	46	19	22	2	102	17	7	19	4	9
CANCER	394	69	26	32	12	158	43	9	27	6	12
SIDA	302	59	21	16	8	131	22	8	23	4	10
AUTRES	306	56	22	21	8	137	25	7	22	1	7
<b>DISPONIBILITE</b>											
24 HEURES	245	48	19	27	6	79	30	7	7	4	18
AUTRES	163	23	11	4	4	87	10	2	20	2	
<b>DEUIL</b>											
SUIVI	331	68	22	23	9	132	31	9	21	6	10
<b>EQUIPE</b>											
INFIRMIERES	290	51	25	29	10	85	42	2	24	7	15
MEDECINS	272	42	20	24	9	95	38	7	16	7	14
AIDE SPIRITUELLE	238	35	18	19	8	86	36	6	11	6	13
TRAVAILLEURS SOCIAUX	216	35	14	21	9	77	26	6	12	2	14
BENEVOLES	336	81	23	20	14	115	37	7	25	7	7
PHYSIOTHERAPEUTES	144	23	17	15	1	56	10	4	7	4	7
ERGOTHERAPEUTES	99	15	14	8	1	41	6	4	2	4	4
PSYCHOLOGUES	47	5	4	2	0	14	18	1	0	1	2
PHARMACIENS	166	28	16	14	5	57	27	3	10	2	4
DIETETICIENS	123	16	10	11	1	50	17	5	6	3	4
COORDONNATEURS DE L'EDUCATION	74	17	3	4	4	25	11	1	5	1	3
AUTRES	115	20	10	13	4	42	14	5	3	1	3
<b>SERVICES AUX HOSPITALISES</b>											
COURTE DUREE	204	35	12	14	4	76	21	4	20	7	11
LONGUE DUREE	98	13	10	7	2	39	12	0	4	3	8
AUTONOMES	17	3	1	1	1	6	5	0	0	0	0
UNITE	87	21	2	2	1	31	19	2	1	3	5
LITS EPARPILLES	132	21	7	8	3	62	12	2	8	2	7
NOMBRE DE LITS	1301	168	49	21	37	567	378	20	22	26	13
<b>SERVICES DE CONSULTATION</b>											
OUI/NON		40-22	12-4	17-5	5-3	95-33	32-9	6-0	15-4	4-2	5-8
NOMBRE DE CAS	7400	1585	260	403	504	3439	352	264	202	195	196

Données tirées du *Répertoire canadien des soins palliatifs et des services pour les personnes atteintes du VIH/SIDA*, Association canadienne des soins palliatifs.



Tableau II : Programmes de soins palliatifs dans les provinces et territoires - 1981, 1986, 1990, 1994

1. Province : (rang en 1981, 1986, 1990 et 1994 pour le nombre de programmes) 2. Rang selon population 1993 - population 1993 (milliers) 3. Rang selon ratio population (milliers)/nombre de programmes - ratio population (milliers)/nombre de programmes	1981	1986	1990	1994
Ontario: (1) (1) (1) (1) 1 ⇔ 10,270.3 8 ⇔ 69.4	55	143	143	160
Colombie-Britannique (2) (2) (2) (2) 3 ⇔ 3,319.0 6 ⇔ 38.2	19	60	63	71
Québec (5) (4) (3) (3) 2 ⇔ 6,970.8 12 ⇔ 122.3	9	39	41	42
Saskatchewan (3) (5) (6) (4) 7 ⇔ 1,008.4 4 ⇔ 30.6	13	20	18	31
Nouvelle-Ecosse (7) (6) (5) (5) 6 ⇔ 910.8 5 ⇔ 30.4	4	17	20	27
Alberta (4) (3) (4) (6) 4 ⇔ 2,613.0 11 ⇔ 90.1	8	42	25	27
Terre-Neuve (6) (8) (9) (7) 9 ⇔ 575.9 3 ⇔ 30.3	5	9	8	18
Manitoba (7) (7) (8) (8) 5 ⇔ 1,112.9 10 ⇔ 92.7	4	12	10	12
Nouveau-Brunswick (8) (7) (7) (9) 8 ⇔ 732.1 9 ⇔ 81.3	1	12	11	9
Ile-du-Prince-Edouard (9) (9) (10) (10) 10 ⇔ 133.1 2 ⇔ 16.6	0	4	5	6
Yukon (10) (10) (11) (11) 12 ⇔ 27.5 1 ⇔ 13.75	0	1	1	2
Territoires du Nord-Ouest (10) (11) (12) (12) 11 ⇔ 56.4 7 ⇔ 56.4	0	0	0	1
TOTAL	118	359	345	415

Sources : les données de 1981 et 1986 sont tirées de (Scott, 1992, 15); celles de 1990, du Répertoire canadien des soins palliatifs, Association canadienne des soins palliatifs, 1990; et celles de 1994, du Répertoire canadien des soins palliatifs et des services pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, Association canadienne des soins palliatifs, 1994. Source des données démographiques : Statistique Canada.

La colonne de gauche présente l'information statistique dans trois séries de parenthèses. Dans la première, les provinces sont classées selon le nombre de programmes dans chacune des années considérées. Dans la deuxième, elles sont classées selon la taille de la population.<sup>5</sup> Enfin, la dernière parenthèse indique le rang de la province en fonction de nombre de clients par programme en 1993.<sup>6</sup> Ainsi, l'Ontario occupe toujours le premier rang pour le nombre de programmes; elle se classe première pour la population, mais huitième pour le nombre de clients par programme. La Colombie-Britannique est constamment deuxième pour le nombre de programmes; elle est troisième pour la population et sixième pour le nombre de clients par programme.

Le nombre de programmes a augmenté de 304,2 p. 100 entre 1981 et 1986 (de 118 à 359); il a baissé à 345 entre 1986 et 1990 et a augmenté de 125,2 p. 100 entre 1990 et 1994 (de 345 à 432). L'Ontario et la Colombie-Britannique se sont maintenues en tête tout au long de ces années.

Ce répertoire est cependant d'une utilité limitée, puisque les renseignements qu'il contient proviennent des services en question. Il se peut donc fort bien que certains services n'y figurent pas du tout et que d'autres n'y soient pas à leur place, les renseignements à leur sujet n'ayant fait l'objet d'aucune vérification. Il est donc risqué de faire des comparaisons entre provinces. Par exemple, on ne sait pas à quelle période correspondent les statistiques fournies (semaine, mois, année entière?), si bien que le nombre de cas varie grandement.

On ne connaît pas pour l'instant l'ampleur véritable de ces programmes. Le chiffre le plus souvent cité est que «moins de cinq pour cent des mourants au Canada reçoivent des soins palliatifs». Il a été mentionné pour la première fois dans le Répertoire des soins palliatifs au Canada publié à Toronto en 1987 par la *Palliative Care Foundation*, à partir de données recueillies en 1986.<sup>8</sup>

## 5. Les soins palliatifs dans le système de santé canadien

Pour bien situer les services de soins palliatifs dans le système de santé canadien, il faut délimiter les compétences en cause, définir les normes applicables, établir la distinction par rapport aux soins de longue durée et se pencher sur des questions telles que le financement des activités et la formation du personnel soignant.

### 5.1 La compétence

Selon la *Loi constitutionnelle* et son interprétation subséquente,<sup>9</sup> la santé est de ressort provincial au Canada. Dans la pratique, cependant, il s'agit d'une responsabilité partagée avec le gouvernement fédéral.

---

5 On a retenu l'année 1993 pour faciliter la comparaison avec le nombre de programmes en 1994 (les données étant recueillies l'année précédant leur publication).

6 Le premier rang correspond au plus petit nombre de clients par programme.

7 Dans le livre qu'il a publié il y a moins d'un an, Harry van Bommel a fait une étude de la situation selon laquelle 5 p. 100 des patients demandant des soins palliatifs peuvent les obtenir.» (Seguin, 7:40) «On a évalué à 5 p. 100 seulement le nombre de patients en phase terminale qui, au Canada, reçoivent des soins palliatifs. (Mount, 5:30-31). «Dans leur ouvrage intitulé *Health Care in Canada - A Description and Analysis of Canadian Health Services* (1988, 1990), le docteur Ralph Sutherland et le professeur Jane Fulton ont évalué qu'environ 5 p. 100 des malades en phase terminale reçoivent des soins palliatifs sous une forme ou une autre.» (van Bommel, 28:19) La citation intégrale est celle-ci : «Dans leur ouvrage de 1988, *Health Care in Canada*, le docteur Ralph Sutherland et le professeur Jane Fulton estiment que moins de 5 p. 100 des mourants au Canada reçoivent des soins palliatifs dans le cadre de programmes officiels reconnus. Ils estiment en outre que chez les personnes atteintes de cancer, la proportion se situerait aux alentours de 10 p. 100.» (Harry van Bommel, *Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia*, NC Press, Toronto, 1992, 33) Enfin, un communiqué de l'Association canadienne des soins palliatifs daté de janvier 1995 révèle qu'une infime proportion de la population, environ 5 p. 100, a accès à des services de soins palliatifs.

8 Scott, «More Money for Palliative Care?» *Journal of Palliative Care*, 1994, 16.

9 Sous réserve d'exceptions touchant des segments particuliers de la population (autochtones, militaires, détenus fédéraux, habitants des territoires).

Les principes de base sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Pour résumer, «le gouvernement fédéral a les ressources nécessaires pour financer les services de santé, mais non la compétence. Les provinces ont la compétence, mais non les ressources suffisantes pour faire ce qu'elles veulent.»<sup>10</sup> Le gouvernement fédéral exerce son influence par les multiples activités de différents ministères, mais surtout par son pouvoir de dépenser. Le gouvernement fédéral peut aussi influencer sur la prestation des soins de santé en légiférant dans le domaine ou en modifiant des lois et règlements en vigueur.

## 5.2 Les normes

Il n'existe pas de norme unique en matière de programme de soins de santé applicable à la grandeur du Canada. Les associations professionnelles établissent certes des normes de pratique médicale, mais les normes minimales applicables aux programmes s'inspirent le plus souvent de la philosophie et des principes qui gouvernent un programme en particulier et sont élaborées par différents intervenants tels que les hôpitaux et les associations professionnelles, voire par les gouvernements.

Les deux paliers de gouvernement sont actifs à cet égard, souvent dans une relation d'interaction dynamique où les principaux acteurs sont le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, le ministère de la Santé et le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement.<sup>11</sup> «Les provinces exercent une compétence absolue, sous la seule réserve des droits inscrits dans la *Charte des droits* et les autres documents de la Constitution, et exception faite des secteurs restreints où s'exerce la compétence fédérale.»<sup>12</sup> Cependant, le gouvernement fédéral exerce son pouvoir législatif pour garantir aux Canadiens l'application universelle de normes minimales et uniformes dans les programmes de soins de santé. La citation suivante du vice-président de la Manitoba Hospice Foundation et chef du département de médecine familiale de l'Université du Manitoba nous éclaire à ce sujet :

La santé est une compétence provinciale. Pour ce qui est des hôpitaux de Winnipeg disposant d'unités de soins palliatifs, les conseils d'administration des hôpitaux ont la responsabilité ultime de ce qui s'y fait; mais l'accréditation des programmes de formation, l'accréditation de tous les programmes de formation de médecins, tant spécialistes que généralistes, relève des organes nationaux, du Collège royal des médecins et chirurgiens et du Collège des médecins de famille du Canada. Ainsi, si les programmes de formation en soins palliatifs sont régis par les organisations nationales, on peut assurer l'uniformité même si la responsabilité première à l'égard de la santé appartient aux provinces.

*Kirk, 17:57*

Le directeur médical du programme de soins palliatifs de l'hôpital de Saint-Boniface a fait la mise au point suivante lorsqu'on lui a demandé si des normes s'appliquent aux soins palliatifs :

L'Association canadienne des soins palliatifs élabore actuellement des normes mais elles n'ont pas encore été diffusées. Il existe une toute nouvelle Société canadienne des médecins de soins palliatifs. L'élaboration de normes fait également partie du mandat de cette société.»

*Dudgeon, 17:56*

10 Anne Crichton, et David Hsu, *The Canadian Health Care System: Its Funding and Organization*, 1990, 28.

11 Son programme de rédaction de guides remonte à 1972. «Ces guides sont rédigés par des groupes de travail formés d'experts et de spécialistes de la santé, dont certains représentent le gouvernement. Le Sous-comité (composé de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux et du milieu professionnel) révisé la version finale et la recommande au Comité consultatif pour approbation.» (Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1989, Services de soins palliatifs, Rapport du Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, Guide pour l'établissement de normes, p. iv)

12 Sutherland et Fulton, *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ottawa, The Health Group, 1988, 54.



### 5.3 Soins palliatifs et soins de longue durée

Les soins palliatifs font partie d'un continuum de services destinés à assurer la meilleure qualité de vie et à atténuer la souffrance physique, morale et psychosociale des malades en phase terminale ou ayant dépassé le stade des traitements thérapeutiques ou curatifs.

Au début, on retrouve la médecine familiale des omnipraticiens; viennent ensuite les soins actifs en milieu hospitalier, les soins de longue durée, les soins dispensés dans la collectivité à domicile ou dans une maison de soins.

Les soins de longue durée font partie de ce continuum. L'Association canadienne de soins à long terme les définit comme «un ensemble intégré de services voués au respect de l'autonomie personnelle, au maintien ou à la promotion de la santé ou au rétablissement de la personne, et à la prestation de services d'appoint sociaux et personnels, selon les besoins.»<sup>13</sup>

Les soins de longue durée sont dispensés «pendant certaines périodes de temps, et ce, sur une base continue ou intermittente»,<sup>14</sup> tandis que les soins palliatifs s'adressent habituellement aux patients en phase terminale. Le séjour moyen dans les établissements de soins palliatifs est très court : 19 jours à la Maison Michel Sarrazin de Québec<sup>15</sup> et entre 15 et 21 jours au Centre de santé Elizabeth-Bruyère d'Ottawa.<sup>16</sup>

Dans son témoignage, le docteur Wyman a énoncé la définition administrative des soins palliatifs en usage à l'Association médicale de l'Ontario :

A l'heure actuelle, les honoraires pour soins palliatifs s'appliquent à un médecin désigné responsable des soins prodigués à un malade atteint d'une maladie en phase terminale. Les soins palliatifs commencent lorsqu'ils visent à maintenir le confort et le bien-être émotif du patient et le traitement non acharné du processus fondamental de la maladie. Les honoraires pour soins palliatifs devraient être perçus rétroactivement, après le décès, en fonction du nombre réel de visites effectuées pendant une période qui ne dépasse pas quatre semaines avant le décès, et ils ne s'appliquent pas lorsqu'un décès inopiné survient après une hospitalisation prolongée pour un autre diagnostic sans rapport avec la cause du décès. Ce dernier élément vise à tenir compte du fait que, lorsqu'une personne est hospitalisée pour une maladie chronique, puis décède d'une autre cause, les soins palliatifs n'ont pas été donnés dans ce cas parce qu'il ne s'agit pas d'un décès prévu pour cause de maladie en phase terminale.

Wyman, 20:72-73

Cependant, certains intervenants des soins palliatifs conçoivent un système ininterrompu où les services seraient offerts beaucoup plus tôt et où les patients n'auraient pas à être déplacés pour recevoir des soins convenables.

Il est difficile de déterminer exactement où *commence* un type de soins et où *fin*it l'autre. Tous deux comprennent des services par la collectivité et des services offerts «dans des centres d'accueil, des résidences de personnes âgées, des foyers de soins spéciaux et des centres de soins prolongés».<sup>17</sup> Dans un mémoire au sujet du projet de loi 173 de l'Ontario, l'Association des soins palliatifs de l'Ontario déclare quant à elle :

---

13 Dépliant, Association canadienne de soins à long terme.

14 *Ibid.*

15 Dionne, 13:16.

16 Entrevue avec le Dr John F. Scott, directeur du Centre de santé Elizabeth-Bruyère, 7 décembre 1994.

Nous croyons que les soins palliatifs font partie intégrante des soins de longue durée. [...] Nous croyons que les établissements de soins prolongés, y compris ceux qui accueillent des malades chroniques, ont un rôle important à jouer dans le domaine des soins palliatifs. [...] En conclusion, l'Association verrait d'un bon oeil que les soins de longue durée soient repensés en fonction expresse des patients en phase terminale.»<sup>18</sup>

La fusion de ces deux types de soin est facilitée dans les provinces qui préconisent une transition du milieu hospitalier vers le domicile ou la collectivité. Beaucoup de services de soins de longue durée comportent des éléments palliatifs.

## 6. Le financement des soins palliatifs

Le domaine de la santé est en pleine mouvance au Canada. Il est difficile dans ces conditions d'obtenir des données fiables sur les services de soins palliatifs et de s'attendre qu'elles resteront longtemps inchangées. Aux prises avec d'énormes déficits, les gouvernements provinciaux réduisent leurs dépenses de santé. Les services de santé doivent innover pour devenir plus efficaces. Enfin, nouvelle tendance de l'hospitalisation, on passe de plus en plus aux soins dans le milieu.

La concurrence est vive à l'intérieur des hôpitaux :

Les spécialistes se disputent les rares ressources, la plupart veulent profiter des derniers progrès de la technologie dans leur domaine mais tous se heurtent à la dure réalité budgétaire. [...] De nouvelles techniques propres à améliorer des états qui mettent la vie en danger (comme les maladies du coeur et l'insuffisance rénale) peuvent avoir préséance sur des techniques correctives comme celle des prothèses articulaires, qui ne prolongent pas nécessairement la vie elle-même mais font disparaître la douleur et rehaussent d'autant la qualité de vie.<sup>19</sup>

Actuellement, les médecins sont attachés à un hôpital et payés suivant une formule de rémunération à l'acte,<sup>20</sup> ce qui expliquerait en partie pourquoi la hausse des dépenses totales au chapitre de la santé est beaucoup plus forte que la croissance démographique.<sup>21</sup> Certains témoins<sup>22</sup> considèrent que ce mode de rémunération nuit au développement des soins palliatifs en limitant considérablement le temps accordé aux patients.

Les choses évoluent. Le Nouveau-Brunswick a innové en mettant sur pied son hôpital extra-mural, qui emploie des professionnels de la santé et dispense à domicile des soins qui remplacent ou complètent ceux

17 Dépliant, Association canadienne de soins à long terme.

18 Télécopie, Association des soins palliatifs de l'Ontario, 16 août 1994.

19 Anne Crichton and David Hsu, *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization*, Canadian Hospital Association Press, 1990, 86.

20 Environ 75 p. 100 des médecins dans les années 80. Les autres étaient salariés, c'est-à-dire les «chercheurs et enseignants, diagnosticiens, anesthésistes, administrateurs médicaux, spécialistes de l'hygiène publique ou de la médecine du travail.» Normalement, les associations médicales établissent chaque année un barème d'honoraires à négocier avec leurs provinces respectives. Toutefois, certains spécialistes comme les psychiatres sont rémunérés à la séance; d'autres, comme les pathologistes et les radiologues, sont habituellement au service des hôpitaux. (Crichton, 1990, 69)

21 Crichton, 1990, 121; Lamarche, «La crise des systèmes de santé au Canada», 1994, 12.

22 «En ce qui concerne le mode de rémunération des médecins, le Collège des médecins de famille du Canada n'insiste pas tant sur une augmentation à cet égard, mais sur une meilleure répartition. [...] Nous croyons que le paiement à l'acte ne permet pas de rémunérer comme il se doit les médecins de famille pour le genre de soins qu'ils sont les meilleurs à offrir, y compris les soins palliatifs.» (Perkin, 23:10) «Une autre question sur laquelle on m'a demandé mon avis est le mécanisme de paiement des soins palliatifs en Ontario. [...] Au milieu des années 80, il est devenu apparent au comité des honoraires que nous ne recevions pas les honoraires nécessaires pour payer les services du nombre grandissant de médecins qui prodiguent des soins palliatifs.» (Wyman, 20:72)

donnés en établissement (voir la section sur les provinces). La médecine préventive suscite un intérêt grandissant; des provinces intègrent des services dans le milieu dans leur réseau médico-hospitalier et créent des structures régionales responsables de la planification et de la prestation des services de santé.<sup>23</sup> On envisage de plus en plus les soins palliatifs comme solution aux coûts souvent exorbitants des soins actifs dispensés dans les hôpitaux. Au moins quatre provinces ont énoncé des politiques à ce sujet, soit la Nouvelle-Écosse en 1988, l'Ontario en 1993, l'Alberta en 1993 et la Saskatchewan en 1994.

### 7. La crise des services de santé

Dans les années 1990, le système de soins de santé canadien est remis en question.

la gestion centralisée et rigide; l'accent mis sur les services curatifs et institutionnels; le nombre, les pratiques et le mode de rémunération à l'acte des médecins ainsi que leur monopole sur la distribution des services de santé; l'institutionnalisation et les pratiques hospitalières; les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques qui entraînent une mauvaise utilisation des technologies; et des prix trop élevés par rapport aux coûts de recherche-développement.<sup>24</sup>

Le système est l'un des plus coûteux des pays du G-7.<sup>25</sup> Il a de la difficulté à répondre aux besoins actuels et futurs de la population, à une dynamique inflationniste, c'est-à-dire qu'elle incite à une production de plus en plus grande de services toujours plus sophistiqués et coûteux, et contribue bien peu à améliorer la santé de la population.

La décentralisation est l'une des nombreuses solutions retenues par plusieurs provinces pour améliorer l'efficacité du système. Une autre est la réduction des soins actifs très coûteux et la promotion des soins de longue durée, y compris les soins à domicile :

Affecter des sommes même modestes des grands budgets du secteur institutionnel à des services communautaires peut avoir un effet non négligeable. Par exemple, si on prélève 5 p. 100 du budget canadien total consenti au secteur institutionnel pour l'affecter au budget estimatif des soins à domicile, on accroît ce dernier d'environ 120 p. 100.<sup>26</sup>

Ces changements peuvent ouvrir des possibilités en ce qui a trait aux soins palliatifs. Toutefois, cela soulève la question du coût et de l'efficacité de cette réorientation :

Dispenser des soins aux personnes âgées dans la communauté n'est pas un choix facile qui permettra d'économiser sans peine tout en respectant les préférences des personnes âgées... Deux grandes questions se posent : A) A-t-on affecté des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de plus en plus grands des personnes âgées de santé fragile dans la

- 
- 23 Un certain nombre de rapports ont été publiés, dont : Nouvelle-Écosse, 1990, *Health Strategy for the Nineties*; Colombie-Britannique, 1991, *Report of the Royal Commission on Health Care and Costs*.
- 24 Paul A. Lamarche, La crise des services de santé au Canada, conférence donnée au sixième congrès annuel de la Société canadienne de bioéthique, 25 novembre 1994.
- 25 Le plus coûteux est celui des États-Unis. «Le Canada dépense 1 915 \$US par personne pour les services de santé, comparativement à 1 035 \$US au Royaume-Uni et 1 267 \$US au Japon. Le Canada consacre 10 % de son PIB aux services de santé, par rapport à 6,6 % au Royaume-Uni et au Japon, et 8,3 % en Italie.» (Lamarche, 1994, 4.)
- 26 Douglas E. Angus, Ludwig Auer, J. Eden Cloutier et Terry Albert, *Sustainable Health Care for Canada*, Université Queen's, 1995, 82.



communauté? B) A-t-on examiné la capacité de la communauté de s'acquitter de cette responsabilité additionnelle et, si nécessaire, travaille-t-on à la renforcer?<sup>27</sup>

## 8. Le coût des soins palliatifs

L'un des traits distinctifs des soins palliatifs au Canada est qu'ils font appel à un grand nombre de bénévoles, puisqu'ils fonctionnent à petit budget. De nombreux témoins ont d'ailleurs invoqué ce fait pour expliquer la rentabilité des services. M<sup>me</sup> St-Germain, une infirmière, affirme ce qui suit :

Quand on parle du développement des soins palliatifs et que l'on m'apporte l'argument du budget, je dis qu'avec peu on peut faire beaucoup.

*St-Germain, 9:24*

D'autres témoins, par contre, doutent que les soins palliatifs soient nécessairement moins chers. Le docteur Elizabeth Latimer de l'hôpital général de Hamilton déclare notamment :

Ils sont peut-être un peu moins coûteux que les soins de santé de haute technologie, mais nous ne pensons pas que ce soit souhaitable, car il faut une équipe de professionnels de la santé [...]. Cela coûtera cher. [...] Les soins palliatifs aux grands malades, aux mourants ne sont pas nécessairement moins coûteux à domicile qu'en milieu hospitalier.

*Latimer, 4:15; 4:21.*

Pour la directrice du département de bioéthique de l'hôpital pour enfants de Toronto, les soins palliatifs «nécessitent beaucoup de personnel, et non des techniques de pointe; il faut donc davantage de personnes.» (Lynch, 11:27). Le président de l'Hôpital Wellesley de Toronto ajoute :

Certaines preuves indiquent que les soins à la maison dans certains cas peuvent être plus coûteux que dans un établissement. Je pense que c'est là une réalité. Très souvent, on propose les soins à la maison en disant que ce sera une solution de rechange moins coûteuse que l'institutionnalisation. C'est parfois le cas, parfois non.

*Rowand, 9:44*

Voici enfin l'avis du directeur général de la Maison Michel Sarrazin :

On dit en général que c'est à peu près la moitié du coût moyen d'un hôpital. Au point de vue économique, c'est rentable. Si vous comparez à domicile, parce que la tendance chez nous, c'est de mourir chez soi, c'est encore plus économique. Mais il faut dire que la participation de la société, la participation sous forme de bénévolat est un apport extraordinaire. Je vous parlais de 250 bénévoles. Si nous devons payer tous les gens qui travaillent à la Maison Michel Sarrazin, il en coûterait le même prix qu'à un hôpital.

*Dionne, 13:18*

Cependant, il n'existe pratiquement pas de données de comparaison, ni d'études exhaustives. Deux études seulement ont été citées provenant des États-Unis; il y a aussi une vague référence à des données publiées en Ontario en 1988.

On peut envisager autrement la question du coût en considérant par exemple que la dernière année de vie des cancéreux absorbe jusqu'à 75 p.100 de tous les frais de santé engagés durant leur vie entière<sup>28</sup> et que 25

27 OCDE, 1994, *New Orientation for Social Policy*, cité dans *Sustainable Health Care for Canada*, op. cit., 97.

p.100 de tous les frais d'hôpital sont engagés durant leur dernier mois.<sup>29</sup> Les coûts sont élevés parce qu'on s'acharne à coups de traitements invasifs aussi vains qu'onéreux à garder le patient en vie, même si certains de ces traitements peuvent paraître impropres et même contraires à l'éthique médicale. On estime dans certains milieux que l'acharnement thérapeutique augmente les chances de survie.

Le Service de soins palliatifs de l'hôpital Royal Victoria a été créé à la suite d'une étude effectuée au Québec en 1975-1976. On trouvait alors que les frais d'hospitalisation dans un service de soins palliatifs se comparaient à ceux d'un service de soins actifs. Les frais directs imputables au personnel infirmier étaient sensiblement plus élevés, mais ils étaient compensés par d'importantes économies dues à un bon traitement des symptômes et, dans une moindre mesure, par une baisse des frais de médicaments. Il serait peut-être bon de reprendre cette étude à la lumière de l'expérience acquise depuis ce temps tout en se rappelant que ce qui vaut pour un établissement ne vaut pas nécessairement pour un autre.

Enfin, certains témoins se montrent pessimistes quant à l'idée de pouvoir offrir des soins palliatifs en comptant uniquement sur le bénévolat et la générosité et considèrent qu'il est difficile d'innover dans le système de soins de santé actuel.<sup>30</sup> La plupart trouvent par contre que les enjeux sont plus importants que la simple question financière.<sup>31</sup>

### 9. La formation des professionnels de la santé

Pour être efficaces, les soins palliatifs doivent être dispensés par des professionnels de la santé bien formés. Or d'après un sondage effectué par le D<sup>r</sup> Neil Macdonald,<sup>32</sup> aucune des 16 facultés canadiennes de médecine n'offre un cours théorique de soins palliatifs, quoique les étudiants aient droit à des exposés magistraux sur le sujet dans le cadre d'autres cours.<sup>33</sup> Deux facultés seulement ont la ferme intention de leur accorder plus de temps dans le programme d'études. Enfin, on ne compte dans tout le Canada pas plus de 18,25 postes de médecin en soins palliatifs financés par les universités.

Compte tenu de cette situation le docteur MacDonald demande : «Pourquoi les principes du traitement de la douleur et de la médecine palliative n'ont-ils pas éclairé davantage la pratique médicale?» À son avis :

---

28 *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 761.

29 J.F. Fries, «Reduction of National Morbidity», dans *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*.

30 «Il nous faut apprendre à mieux répartir nos ressources en matière de soins de santé. [...] 90 p. 100 de notre argent est dépensé dans de grands hôpitaux de soins de courte durée. C'est bien, mais cela veut dire que les gens qui ont besoin de soins de longue durée, de soins palliatifs et du soutien de la collectivité sont mal desservis.» (Senn, 9:17).

31 «On ne devrait jamais, mais au grand jamais, invoquer le coût du système de santé pour justifier de mettre fin prématurément à la vie de quelqu'un.» (Rowand, 9:38) «Je ne crois vraiment pas que le coût doive être un facteur critique dans les soins palliatifs.» (Seguin, 7:41) «En tant que peuple compatissant et chaleureux, nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas offrir ces services (ceux de grands établissements de soins palliatifs).» (Mcpherson, 8:20) «On dit que la vraie mesure d'une société humanitaire est liée à sa façon de traiter ses membres les plus faibles.» (McGregor, 4:53) «Depuis les années 60 et 70, peut-être même depuis la guerre, on a cru à l'amélioration, à la possibilité d'améliorer constamment les choses. Notre société doit se demander à quoi elle veut consacrer son argent étant donné qu'un grand nombre de techniques très perfectionnées [...] n'apportent pas les avantages escomptés.» (Latimer, 4:22)

32 «Ontario Palliative Care Statement: A Template for the Rest of Canada», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1993.

33 Vingt heures à McGill, 16 et plus à Dalhousie, 15,5 à McMaster, 11 à Calgary, entre une et trois heures à UBC, Queens et Western.

La différence entre ce qui s'enseigne et ce qui se pratique tient en partie au fait que de nombreux programmes de soins palliatifs sont encore tenus à l'écart des grands courants de la médecine. [...] La plupart s'adressent encore à une clientèle restreinte, le plus souvent des cancéreux arrivant au terme de leur existence. [...] Il faudrait incorporer plus étroitement les soins palliatifs dans les programmes généraux de lutte contre la maladie. Si nous prenons l'exemple de la lutte anticancéreuse, nous voyons qu'elle est menée en quatre phases : 1. la prévention de la maladie elle-même (campagnes anti-tabac). 2. la prévention du cancer envahissant (tests PAP). 3. la prévention du décès ou de l'extrême morbidité (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie). 4. la prévention de la souffrance. [...] Les soins palliatifs ne s'intéressent qu'à la quatrième phase.

Le docteur MacDonald invoque une autre raison, à savoir l'opinion plutôt répandue dans les milieux universitaires que la recherche et l'enseignement en soins palliatifs feraient peu sérieux et manqueraient de rigueur intellectuelle. La médecine palliative, dit-il, se bat pour se faire reconnaître: bon nombre de ses praticiens ne sont pas rattachés à des centres universitaires et il lui manque un bon réseau de communications internationales.

## La situation dans les provinces

### Colombie-Britannique

«Les soins palliatifs sont un service essentiel que chaque localité ou région est tenue d'offrir», affirme Paul Ramsay, ministre de la Santé, dans une lettre adressé au Comité en 1994. Il ajoute que depuis 1992, «des fonds supplémentaires considérables ont été alloués aux programmes de soins palliatifs» afin de rendre les services plus disponibles, de former des soignants et des bénévoles et de créer des ouvrages de base et du matériel didactique conformément à certaines recommandations du rapport de 1991 de la Commission royale d'enquête sur les coûts et les soins de santé de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique signale avoir dépensé environ 50 millions de dollars en 1994-1995 au titre des programmes de soins palliatifs dans le cadre d'une décentralisation de son système effectué par la création de structures régionales et locales. Le ministère de la Santé finance les soins palliatifs par le biais de divers programmes qui jumellent des services hospitaliers et d'autres services offerts dans la collectivité comme les soins infirmiers à domicile et le centre de soins palliatifs de la province. On insiste en particulier sur le traitement des symptômes et sur l'administration de soins appropriés au stade d'évolution de la maladie. La province «envisage sérieusement» de fournir gratuitement aux patients à la maison les médicaments et l'équipement dont ils ont besoin.<sup>34</sup>

Le docteur Williard P. Johnston, secrétaire-trésorier des Médecins du Canada pour le respect de la vie et médecin de famille à Vancouver, estime que les soins palliatifs en Colombie-Britannique en sont à leurs débuts :

À Vancouver, on pourrait s'attendre à trouver le réseau de soins palliatifs le plus développé de la province, en raison de la taille de la ville et de l'importance de la recherche et des soins tertiaires. Or, en tant que médecin de soins primaires, j'ai du mal à trouver des établissements de soins palliatifs adéquats pour mes patients. Je peux vous assurer que nous sommes encore dans les tout premiers stades du développement d'une éthique des soins palliatifs, en tant que tradition médicale, dans cette ville.»

*Johnston, 14:31*

34 Les «soins à domicile» comportent un aspect palliatif lorsqu'ils exigent des médicaments et de l'équipement spécialisé; les médecins peuvent alors facturer à la province des services à ce titre.



La présidente de la British Columbia Hospice/Palliative Care Association a déclaré au Comité :

Notre organisation regroupe environ 100 hospices organisés de la province de Colombie-Britannique. Plusieurs hospices et groupes d'orientation, dont le nombre exact n'est pas connu, se constituent en ce moment. Nous recevons constamment des demandes de renseignements sur la façon d'offrir des soins palliatifs au sein des collectivités ainsi que pour notre manuel de démarrage. Il y a également beaucoup de bénévoles qui dispensent des soins palliatifs de manière non organisée au sein de collectivités plus restreintes. C'est grâce aux gens que les soins palliatifs ont commencé dans notre province. [...] Les soins palliatifs n'existent que depuis dix ans dans les régions les plus avancées de Colombie-Britannique; [toutefois] il est triste de voir que beaucoup d'endroits et de gens ne savent pas ce que sont les soins palliatifs.

*Coupal, 16:36-37.*

D'après M. Horgan, aumônier de l'hôpital Saint-Paul de Vancouver où existe une unité de soins palliatifs active,

là où il n'y a pas de service de soins palliatifs à l'intérieur des hôpitaux, il y a des groupes d'intérêt et des bénévoles qui travaillent dans la collectivité avec des médecins, avec le personnel infirmier, et cetera. Je dirais que le travail qui consiste à faire connaître ce que sont les soins palliatifs est certainement bien entamé et que l'on voit de plus en plus d'établissements qui en offrent dans toutes les régions de la province.

*Horgan, 14:157*

### La formation

Le *Vancouver Hospice Program* dispense de la formation en soins palliatifs par le biais du Collège communautaire de Vancouver, où il donne actuellement deux cours (Principes de médecine palliative à l'intention des professionnels des établissements de santé et Soins aux personnes atteintes d'une maladie fatale). Un troisième cours, Formation avancée en soins palliatifs, sera donné en 1995. Le personnel de l'hôpital offre aussi des cours d'initiation au domaine à tout le personnel affecté aux soins de longue durée.

Les soins palliatifs sont enseignés à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Victoria et la *British Columbia Medical Association* a accepté qu'ils figurent au programme d'études de la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique. Enfin, du matériel didactique a été mis au point par la *Victoria Hospice Society* et le *British Columbia Hospice/Palliative Care Program*.

### Restrictions et lacunes

Les services de soins palliatifs en Colombie-Britannique disposent de budgets très modestes et comptent énormément sur le bénévolat.<sup>35</sup> La province ne rembourse toujours pas les médicaments et les fournitures aux patients qui désirent finir leurs jours à la maison. Certaines régions sont mal desservies tandis que d'autres offrent toute la gamme des services. Enfin, «les services existants sont si compartimentés qu'on ose à peine envisager de les réorganiser pour répondre aux besoins des clients, des familles et du personnel soignant.»<sup>36</sup>

35 «Le budget de chaque service varie. La plupart du temps, celui-ci ne reçoit aucune aide financière de la province. [...] C'est la collectivité qui le subventionne.» (Coupal, 16:49)

36 Télécopie, Carr, *Vancouver Hospice Program*, 5 décembre 1994.

## Alberta

Le gouvernement albertain affirme :

Les budgets généraux des hôpitaux, les programmes de traitement à domicile et les établissements de soins prolongés font traditionnellement une place aux soins palliatifs. Chaque organisme met au point, à sa discrétion, les services et les programmes qu'il juge répondre le mieux aux besoins locaux. Dans les grands centres, certains hôpitaux et établissements de soins prolongés réservent des fonds dans leur budget global pour établir des services ou des équipes de soins palliatifs en fonction de la demande.<sup>37</sup>

En 1991-1992, le Health Unit/Health Facility Partnership a été mis sur pied afin «de renforcer et d'accroître la prestation de services aux Albertains dans la collectivité, d'encourager les congés plus hâtifs, de réduire les admissions dans les établissements de santé et d'accroître les services de soins palliatifs dans la collectivité.»<sup>38</sup> En décembre 1993, le ministère de la Santé de l'Alberta publiait *Palliative Care: A Policy Framework*, document dans lequel il énonçait les grands principes devant assurer un continuum de soins et de services de soutien aux malades en phase terminale et à leur famille. Ce sont : l'attention première à la personne et à la famille; l'autonomie et la liberté de choix; l'accès aux soins palliatifs selon les besoins; la disponibilité des soins dans tout milieu; l'intégration des soins; l'aide à la famille et la participation de la collectivité; les soins à domicile de préférence, en établissement en cas de besoin; l'élaboration d'un corpus pluridisciplinaire; la continuité des soins et la coordination des services.

L'Alberta réduit grandement ses coûts au titre des soins de santé. D'après la province, le ministère de la Santé de l'Alberta s'est lancé depuis 1991 dans l'identification des améliorations à apporter à chaque service et des objectifs de réduction des coûts pour chacun. À partir d'avril 1995, des administrations régionales de la santé (Regional Health Authorities)<sup>39</sup> sont devenues responsables du développement de tous les services de santé relevant de leur compétence.<sup>39</sup>

Le Ministère déclare que le gouvernement va subvenir aux soins palliatifs en réaffectant dans la collectivité les fonds accordés aux hôpitaux. Il appartiendra aux nouvelles administrations régionales de répartir ces ressources en fonction des besoins de leurs régions respectives, en s'inspirant du document-cadre de 1993.»<sup>40</sup>

Les répercussions de la réforme restent à évaluer. Selon M. Hiebert, porte-parole de l'Association catholique canadienne de la santé devant le Comité:

Les gouvernements dans le passé ont hésité à financer les services de soins palliatifs. [...] Il est clair que le gouvernement [de l'Alberta] est maintenant prêt à les financer parce que le système de santé lui tient à coeur.

Hiebert, 14:143

Le registraire du *Alberta College of Physicians and Surgeons*, M. L.R. Ohlhauser, a écrit au Comité pour lui dire que «l'on accorde maintenant plus d'importance aux soins palliatifs tant dans l'enseignement que dans la pratique de la médecine». On leur accorde peut-être plus d'importance, mais on ne répond pas pour autant aux besoins de tous les praticiens et c'est encore la dichotomie entre la thérapeutique curative et les soins centrés sur la personne et sa famille qui prime dans les mentalités et même dans une partie de

37 Lettre, Donald J. Philippon, sous-ministre de la Santé de l'Alberta, 20 octobre 1994.

38 Santé Canada, 1993, 16.

39 Alberta, ministère de la Santé, 1993, 4.

40 Lettre, Donald J. Philippon, sous-ministre de la Santé de l'Alberta, 20 octobre 1994.

l'enseignement, selon certains témoins. L'*Alberta Palliative Care Association* craint que les administrateurs locaux ne soient pas suffisamment au fait des besoins dans ce domaine. Elle veille d'ailleurs actuellement à les informer.

### La disponibilité des soins

D'après le ministère de la Santé et l'*Alberta Palliative Care Association*, des services de soins palliatifs sont présentement disponibles dans la plupart des régions de la province mais pas dans tous les secteurs de la santé. Cependant, ils ne sont pas toujours accessibles à tous et dans bien des régions, la qualité des soins laisse à désirer faute de compétences suffisantes ou d'une bonne connaissance de la philosophie palliative. À l'heure actuelle, le Ministère ne finance pas directement les établissements autonomes, non plus que les services bénévoles et les organismes d'aide psychosociale.

### La formation

En Alberta, on peut se spécialiser en soins palliatifs dans les grands centres dans les grands hôpitaux d'Edmonton, l'*Hospice Calgary Society*, l'*Alberta Cancer Board*, les organismes de soins palliatifs eux-mêmes et différents établissements de soins prolongés. À l'Université de l'Alberta à Edmonton et à l'Université de Calgary, les soins palliatifs sont inscrits aux programmes de sciences infirmières et de médecine. Il existe aussi en sciences infirmières deux brevets d'études qui se rapportent directement aux soins palliatifs. Ces cours ne répondent pas entièrement aux besoins parce qu'ils s'intéressent surtout aux affections malignes, au contrôle de la douleur et au sida. De plus, le personnel infirmier établi ailleurs que dans les grands centres n'y a pas aisément accès, tant en raison de la distance que des coûts.

### Restrictions et lacunes

L'*Alberta Palliative Care Association* relève de nombreux facteurs qui nuisent à l'expansion des soins palliatifs.<sup>41</sup> Ces facteurs résument bien la situation dans la plupart des provinces, selon des intervenants en soins palliatifs :

**Facteurs financiers** : Le financement réparti entre soins de courte durée et soins de longue durée ne répond pas aux besoins des patients des soins palliatifs; il n'existe pas de méthode statistique normalisée pour rendre compte des services de soins palliatifs; les patients doivent assumer des frais élevés de médicaments et d'équipement s'ils retournent à la maison; les budgets des produits pharmaceutiques sont insuffisants; les médicaments utilisés en soins palliatifs ne figurent pas dans la liste de médicaments gratuits de la province; les services communautaires de soins palliatifs manquent de fonds.

**Accessibilité** : les patients soignés à domicile ont difficilement accès aux établissements et à la technologie et doivent attendre longtemps avant d'être admis dans un service de soins actifs; les établissements disposent rarement de chambres individuelles ou convenables; les praticiens de la médecine palliative sont mal rémunérés;<sup>42</sup> les soins palliatifs ne sont pas disponibles à la grandeur de la province; les administrateurs connaissent mal les besoins des patients.

**Éducation** : l'enseignement des soins palliatifs souffre d'un manque de professionnels et de bénévoles; il n'existe pas de corpus des soins palliatifs; les techniques de communication laissent à désirer chez les soignants; la population n'est pas assez au courant des services offerts.

---

41 Lettre, Sandy Doze et Maureen Scott, coprésidentes, *Palliative Care Association of Alberta*, 4 mars 1994.

42 Les médecins sont rémunérés à l'acte; les visites à domicile et le temps supplémentaire consacré au patient ne sont pas considérés.



**Facteurs législatifs** : la loi en vigueur (*Hospital Act / Nursing Home Act*) limite la capacité d'intervention de certains établissements; le choix du patient ne fait l'objet d'aucune directive préalable ou mesure législative.

**Coordination** : les services sont discontinus, fragmentés et mal branchés aux sources d'expertise en soins palliatifs.

**Recherche et qualité** : il n'existe pas de barème ni de critères d'évaluation des services; la recherche fait défaut à divers égards, notamment les objectifs à viser et la qualité de vie des mourants.

**Éthique** : les priorités sont toujours dictées suivant le modèle qui oppose guérison et soins; la réflexion se poursuit sur les questions de l'euthanasie et de l'aide au suicide.

## Saskatchewan

Voici ce qu'écrit le docteur Zach Thomas, président de la *Saskatchewan Palliative Care Association*:

Les soins palliatifs figurent en bonne place dans les priorités du Ministère; ils sont classés parmi les dix services essentiels que doivent assurer les administrations de district. [...] Il existe des programmes dans toute la province, à différents stades d'avancement. [...] Les soins palliatifs font partie intégrante du réseau provincial et offrent un parfait exemple d'intégration de différents secteurs de la santé et d'intervenants du milieu communautaire.<sup>43</sup>

Soucieux d'étendre les programmes existants et de régir la création de nouveaux services, le ministère provincial de la Santé publiait en 1994, de concert avec la Saskatchewan Palliative Care Association, ses directives en vue de la création d'un service intégré de soins palliatifs. Un programme de soins à domicile, en existence depuis 1978, offre entre autres des services d'évaluation, de soins infirmiers, de bénévolat et de coordination des soins dans 45 districts. Un autre programme de soins prolongés, celui des Special Care Homes, dispense des services dans «171 foyers de soins spéciaux et 99 hôpitaux. Approximativement 93 p. 100 de ces lits se trouvent dans des foyers de soins spéciaux. La majorité des établissements sont administrés par des conseils à but non lucratif. Quatre-vingt-cinq pour cent des bénéficiaires de soins prolongés ont besoin de soins assidus.»<sup>44</sup>

Le financement est assuré par l'administration de district, qui veille à ce que :

... les soins actifs aux hospitalisés, les soins de longue durée et les soins à domicile disposent de fonds suffisants. [...] Les services communautaires de soins palliatifs se voient accorder des fonds supplémentaires afin de se doter de ressources humaines suffisantes (soins infirmiers, soutien à domicile), mais aussi de pouvoir offrir gratuitement les médicaments et les fournitures pour alléger le fardeau financier des patients et des familles des patients qui choisissent de rester à la maison.<sup>45</sup>

L'Association provinciale s'emploie à promouvoir les soins palliatifs. De concert avec le Ministère, elle travaille à l'élaboration d'une politique provinciale à cet égard et a organisé en 1994 un atelier visant à en

43 Lettre, D<sup>r</sup> Zach Thomas, président, Saskatchewan Palliative Care Association, 29 décembre 1994.

44 Santé Canada, 1993, 29.

45 Lettre, D<sup>r</sup> Zach Thomas, président, Saskatchewan Palliative Care Association, 29 décembre 1994.

faciliter la mise en oeuvre à l'échelle de la province. Elle favorise l'accroissement et l'expansion des programmes de soins palliatifs dans les districts.

### La disponibilité des soins

La Saskatchewan Palliative Care Association a signalé qu'il existe dans la province «un système de santé efficace qui se distingue à l'échelle internationale par l'importance qu'il accorde aux soins palliatifs dans la doctrine relativement nouvelle du 'mieux-être' des patients»; on utilise les budgets existants et on en crée de nouveaux pour subvenir à «des initiatives de toutes sortes [dont] la couverture intégrale des soins palliatifs par le régime d'assurance-santé et la gratuité des fournitures médicales aux personnes bénéficiant de soins palliatifs dans la collectivité». Suit une description détaillée des services offerts :

Dans une de nos deux grandes villes, un médecin salarié à plein temps apporte sa compétence médicale aux services de soins palliatifs. Dans l'autre, trois médecins reçoivent un salaire pour le temps partiel qu'ils y consacrent. La plupart du temps, ce sont les médecins de famille des patients qui dispensent les soins quotidiens avec l'aide de spécialistes et de cancérologues. Les soins infirmiers et les autres services de soutien sont assurés par des salariés à l'emploi des administrations de district. Des particuliers et des organismes communautaires offrent bénévolement leurs services et pourvoient aux activités qui ne sont pas subventionnées, par exemple l'aide aux familles en deuil.<sup>46</sup>

Si, au début, les programmes de soins palliatifs visaient surtout les cancéreux, ils s'adressent maintenant de plus en plus aux personnes atteintes de tous types de maladies, y compris les sujets séropositifs et les sidéens.

L'Association travaille aussi à la création d'un registre provincial des soins palliatifs, qui serait le premier du genre dans le monde et faciliterait grandement la prestation des services et les initiatives de recherche.

### La formation

La Saskatchewan Palliative Care Association contribue, à tous niveaux, à de nombreux projets éducatifs de la province, dont un programme de formation du personnel soignant dans les régions rurales; elle fournit aussi de l'information et des ressources diverses (appels téléphoniques, documentation, livres, vidéos, bulletin de l'Association, etc.). Regina et Saskatoon ont toutes deux des facultés de médecine et de sciences infirmières. Des associations médicales de district et des départements d'éducation permanente (en médecine et en sciences infirmières) offrent aussi des possibilités de perfectionnement aux médecins, au personnel infirmier et aux autres soignants.

### Restrictions et lacunes

Pour l'Association, les lacunes à combler en priorité concernent «le contrôle de la douleur, le traitement des problèmes psychosociaux et la satisfaction des besoins spirituels»; il y aurait lieu aussi de sensibiliser davantage les soignants et le grand public aux programmes de soins palliatifs, de permettre aux patients de recevoir des soins prolongés dans leur propre collectivité, d'insister davantage sur l'éducation permanente, de constituer un corpus des soins palliatifs et d'intégrer pleinement les services pour faire du système «un appareil bien huilé et sans failles où tous puissent recevoir les meilleurs soins possibles à l'endroit le plus convenable».<sup>47</sup>

---

46 Ibid.

47 Ibid.

Le docteur Thomas, président de la Saskatchewan Palliative Care Association, est optimiste. Il trouve que «la réforme de la santé a favorisé l'essor des services de soins palliatifs» en Saskatchewan; «le regroupement sous une seule structure administrative dans chaque district a facilité la planification en fonction des besoins, le travail d'équipe, la répartition judicieuse des ressources et la coordination des services, si bien que les soins administrés font maintenant partie d'un tout intégré et qu'on a fait échec au morcellement et aux tiraillements entre secteurs».<sup>48</sup>

## Manitoba

Il existe deux centres de soins palliatifs au Manitoba : l'hôpital Riverview et l'hôpital St. Boniface. Ce dernier compte environ 200 patients et offre une ligne téléphonique de secours. L'hôpital Riverview offre également un programme de soins à domicile. Selon le docteur Deborah Dudgeon, directrice médicale du programme de soins palliatifs à l'hôpital de St. Boniface, la plupart des problèmes de douleur sont traités par des médecins de pratique générale. Elle ajoute :

Il y a également un certain nombre de programmes ruraux au Manitoba [...]. La plus grande partie des soins palliatifs sont dispensés à domicile plutôt que dans des établissements et c'est très bien ainsi.

*Dudgeon, 17:53*

Le ministère de la Santé fournit aussi des services connexes tels que les soins à domicile (thérapie, oxygène, dialyse, etc.) et les soins de relève (placement à court terme dans un foyer de soins personnels pour donner un répit à la famille soignante).

Le ministre de la Santé du Manitoba, M. James C. Mcrae, a écrit au Comité en ces termes :

Les services de soins palliatifs se répartissent en trois catégories : soins en milieu hospitalier, soins communautaires à domicile et autres services communautaires. Ils sont financés à même les budgets des hôpitaux et du programme provincial de soins à domicile. Ce dernier offre toutes sortes de services suivant l'évaluation des cas individuels. Quant aux services communautaires, le Ministère les finance soit directement, soit par le biais d'ententes d'achat de services ou de subventions à des organismes indépendants.<sup>49</sup>

## La formation

Le docteur Peter Kirk, vice-président de la Manitoba Hospice Foundation et chef du département de médecine familiale de l'Université du Manitoba, a déclaré au Comité :

Nous avons décidé que tous les internes généralistes (des deuxième et troisième cycles) doivent recevoir, dans le cadre de leurs études de base, une formation en soins palliatifs. Le programme dure deux ans et tous les internes passent un mois en soins palliatifs. Le programme de premier cycle réserve en moyenne neuf heures à cette matière. Enfin, la Manitoba Hospice Foundation offre aux bénévoles un stage de formation de 16 heures.

*Kirk, 17:53*

48 Ibid.

49 Lettre, James C. Mcrae, ministre de la Santé du Manitoba, 4 octobre 1994.



## Restrictions et lacunes

Le docteur Dudgeon estime que les soins palliatifs occupent une place bien modeste dans tout le système de santé manitobain et que la province n'encourage ni de façon officielle, ni de façon officieuse, leur expansion. Pour elle, les deux besoins les plus criants sont le maigre appui des soins à domicile et le manque de médecins et de personnel infirmier compétents pour diagnostiquer et traiter les patients dans la collectivité. L'un des plus grands obstacles demeure le sous-financement des ressources humaines et de l'éducation.<sup>50</sup>

## Ontario

Le gouvernement de l'Ontario a entrepris de modifier considérablement son système de santé. En décembre 1992, son ministère de la Santé annonçait une réaffectation annuelle de 4,8 millions \$ aux fins suivantes :

D'excitantes initiatives nouvelles dans le domaine des soins palliatifs communautaires et des services aux mourants et à leur famille. Ces initiatives visaient à améliorer les soins dispensés aux patients à domicile et dans les établissements de soins prolongés, par les moyens suivants : éducation des fournisseurs de services pluridisciplinaires, formation des médecins de famille, aide aux programmes de visites bénévoles et constitution d'équipes spécialisées dans le traitement de la douleur et des symptômes dans toutes les régions de la province.<sup>51</sup>

Pour l'Association des soins palliatifs de l'Ontario, «ce qui ressortait le plus dans cette démarche, c'est que toutes les initiatives s'articulaient autour de l'idée centrale de partenariat avec des représentants de nombreuses disciplines différentes qui avaient tous à coeur de voir s'améliorer la situation des soins palliatifs dans la province.»<sup>52</sup>

Le Ministère s'est penché récemment sur le secteur des services dispensés par la collectivité. Suivant le projet de loi 173, des organismes polyvalents seront mis sur pied pour gérer et coordonner la prestation des services. «Sous le régime de cette loi, les bénéficiaires de soins palliatifs auront accès à de meilleurs services dans leur collectivité. Il sera aussi plus facile de planifier les services destinés aux malades à domicile.»<sup>53</sup>

## La disponibilité des soins

Selon l'Association des soins palliatifs de l'Ontario:

Les soins palliatifs sont dispensés dans différents milieux. La forme varie, depuis les services d'hôpital disposant d'une équipe complète de soins palliatifs jusqu'aux lits éparpillés dans divers établissements où interviennent différents soignants. L'Ontario compte aussi 38 programmes de soins palliatifs à domicile, dont certains se sont adjoints des gestionnaires de cas et des équipes pluridisciplinaires spécialisées. Les services peuvent souvent compter sur le concours de bénévoles provenant d'organismes locaux. Les équipes spécialisées des hôpitaux collaborent avec les services communautaires,

---

50 Télécopie, Dudgeon, Hôpital général St. Boniface, 30 novembre 1994.

51 Télécopie, Association des soins palliatifs de l'Ontario, 6 février 1995.

52 Ibid.

53 Ibid.

apportant leur compétence dans le traitement de la douleur et des symptômes et intervenant en cas d'urgence médicale.<sup>54</sup>

Le 15 juin 1994, M<sup>me</sup> Heather M. Balfour, de la Community Hospice Association of Ontario, décrivait ainsi l'organisation des programmes de soins palliatifs affiliés à son organisme :

Les programmes administrés par les hospices s'appuient avant tout sur l'intervention de bénévoles, même si certains d'entre eux font appel à du personnel infirmier, à des thérapeutes, à des travailleurs sociaux et (ou) à des médecins faisant partie du personnel de l'hospice ou intervenant en vertu d'accords de service. La plupart de nos hospices dispensent des soins à domicile aux gens, mais nous en avons un qui fonctionne comme un établissement indépendant. Nombre de programmes de nos hospices offrent une gamme diverse de services, notamment des services et des centres de traitement de jour, des services de soins dispensés aux clients en hôpital ou dans des dispensaires, ainsi que des soins de relève. La plupart des programmes de nos hospices ne sont pas axés sur un diagnostic en particulier. Dans leur majorité, nos hospices obtiennent un certain montant de subvention de la province dans le cadre du projet de soins palliatifs mis sur pied récemment par le ministère de la Santé de l'Ontario. La majeure partie des crédits dont ils bénéficient leur sont versés par des mécènes, des fondations et des groupements communautaires.

*Balfour, 10:5*

Le premier établissement ontarien de soins palliatifs a été créé à Windsor en 1979. Dix ans plus tard, la province en comptait huit (la plupart des 60 établissements affiliés ont été créés dans les années 90). M<sup>me</sup> Balfour espère bien voir s'accroître le nombre de programmes.

## **La formation**

En décembre 1992, le ministre de la Santé a subventionné des cours de 30 heures destinés aux fournisseurs de services et aux médecins de famille. On prévoit que 124 médecins de famille recevront une formation théorique en soins palliatifs et feront des stages pratiques dans un contexte de soins palliatifs. Les cinq facultés de médecine de la province partagent la responsabilité de ce programme. On offre aussi de la formation aux bénévoles.

## **Restrictions et lacunes**

Bien que l'on constate certains progrès, l'absence traditionnelle de politique gouvernementale, le manque d'appuis financiers et l'ignorance, voire l'indifférence des milieux professionnels et de la population en général nuisent à l'expansion des soins palliatifs. Selon Mme Balfour, 95 p. 100 des employés dans les établissements sont bénévoles et les ressources humaines sont insuffisantes. L'Association exprime l'opinion suivante :

---

54 Ibid.

Les problèmes qui se posent aux mourants, à leurs proches et aux soignants du milieu communautaire sont nombreux et complexes. Le financement découlant de ces initiatives gouvernementales ne répond qu'en partie aux exigences d'une population aussi nombreuse qu'hétérogène. Il faudra faire davantage pour satisfaire les besoins immédiats et futurs de personnel compétent en soins palliatifs.<sup>55</sup>

## Québec

### La disponibilité des soins

La province rémunère ses médecins selon une formule qui lui est propre : le salaire fixe. Cela est préférable au système de rémunération à l'acte en vigueur dans les autres provinces où la facturation du temps consacré aux soins palliatifs constitue un problème majeur. On peut ainsi constituer plus facilement des équipes pluridisciplinaires pour les programmes de soins palliatifs. Le docteur Mount a déclaré à ce sujet :

Québec s'occupe du financement différemment. Le problème dans la plupart des provinces, y compris l'Ontario, est qu'il n'est pas possible de gagner sa vie convenablement en se spécialisant dans le domaine des soins palliatifs en raison de la nature des consultations médicales étant donné la rémunération à l'acte. Il n'y a pas suffisamment de consultations de ce genre qui sont rémunérées. Québec a créé un salaire fixe [...] C'est un moyen de payer un salaire aux médecins pour qu'ils se spécialisent en soins palliatifs. Nous ne devenons pas riches à faire cela, mais nous gagnons bien notre vie.

*Mount, 5:39.*

L'originalité du modèle québécois tient au fait «de vouloir intégrer dans une démarche commune les services de santé et les services sociaux et, par là, d'essayer d'ouvrir les pratiques curatives aux dimensions plus sociales de la maladie, de la misère et de la souffrance».<sup>56</sup>

Le docteur Louis Dionne, directeur général de la Maison Michel Sarrazin, a présenté sous un jour favorable la situation des soins palliatifs au Québec :

La plupart des hôpitaux universitaires ont créé à l'intention des malades en phase terminale des services de soins palliatifs qui comprennent des soins à domicile, une équipe de consultation, une clinique de traitement des symptômes et un service d'aide aux familles en deuil. Certains sont davantage orientés vers la recherche et l'enseignement. La Maison Michel Sarrazin est un centre d'enseignement affilié à l'Université Laval depuis dix ans. [...] Il en est sorti un mouvement appelé le Mouvement des soins palliatifs, qui existe dans toute la province de Québec. [...] A Montréal, il y a d'autres centres excellents [comme les hôpitaux Notre-Dame et Royal Victoria] qui ont fait exactement la même chose [...]. Ce mouvement a donné aux gens qui prennent soin des malades le goût d'avoir des soins palliatifs dans leur propre établissement.

*Dionne, 13:22*

La Maison Michel Sarrazin offre un programme de soins à domicile qui a été organisé en collaboration avec les centres de santé locaux et des centres de services communautaires. Comme le signale l'Association dans son mémoire, il y a des services de soins palliatifs dans la plupart des régions du Québec, mais ils ne sont pas assez connus et mal exploités.»<sup>57</sup>

---

55 Télécopie, Association des soins palliatifs de l'Ontario, 6 février 1995.

56 Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), 1988, 400-401.



A Montréal, le service de soins palliatifs de l'hôpital Royal Victoria, créé en 1974, a été le premier à réunir un programme d'entretien à domicile, un service de consultation pour tous les patients de l'hôpital, une clinique externe, un programme d'aide aux familles en deuil et un service spécialisé faisant de l'enseignement et de la recherche. Il s'agit du premier service de ce genre au monde intégré dans un hôpital de soins de courte durée. Le D<sup>r</sup> Paul Henteleff, président de l'Association canadienne de soins palliatifs, a fondé à l'Hôpital Saint-Boniface, au Manitoba, la première unité de soins palliatifs au Canada. Le service du Royal Victoria est encore, après 20 ans, une référence à l'échelle internationale. Enfin, l'Entraide Ville-Marie à Montréal a été le premier service de soins à domicile offert au Canada.

## **La formation**

En 1991, la Faculté de médecine de McGill et son département de cancérologie ont créé la division des Soins palliatifs afin d'appuyer et de faciliter la création de programmes cliniques et de garantir l'application de normes minimales dans tous les établissements participants. Ils sont aussi chargés d'établir un programme d'études de doctorat et un programme d'enseignement et de formation continue après le doctorat, ce qui comprend l'organisation d'un congrès biennal, le Care for Terminally Ill Patients International Congress. Ils mènent enfin un programme de recherches cliniques et psychosociales avec des établissements affiliés.

La Chaire de soins palliatifs de l'Université Laval, créée en 1992 avec l'aide de la Maison Michel Sarrazin, favorise l'essor de l'enseignement et de la recherche dans ce domaine, désormais inscrit au programme des étudiants de médecine de 1<sup>re</sup> et de 4<sup>e</sup> années.

## **Restrictions et lacunes**

Selon le D<sup>r</sup> Dionne, le gouvernement du Québec appuie fermement les services de soins palliatifs et cherche à aller au-devant des besoins de la population. Il ajoute que pratiquement tous les généralistes et spécialistes de la région de la ville de Québec reçoivent une formation en soins palliatifs, et qu'il y aurait lieu d'offrir une telle formation à tous les professionnels de la santé.

Le D<sup>r</sup> Dionne signale la nécessité d'autres études sur le contrôle de la douleur, et en particulier sur les souffrances liées à la situation psycho-sociale du patient. Il est également d'avis qu'il faut tenir le public au courant de la situation en ce qui a trait aux palliatifs et à d'autres questions connexes.

## **Nouveau-Brunswick**

### **La disponibilité des soins**

Le docteur Sydney Grant, directeur médical de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick et du service de soins palliatifs de l'hôpital Dr. Everett Chalmers de Fredericton, considère que les soins palliatifs ont des appuis dans la province «puisque nous avons des services qui s'y consacrent entièrement dans nos grands hôpitaux et que les directeurs des soins palliatifs (quand ils en dispensent effectivement aux patients) sont rémunérés à la séance».<sup>58</sup> Il estime aussi que «les soins palliatifs bénéficient d'un financement suffisant».<sup>59</sup> De son côté, le révérend Weir du Nouveau-Brunswick décrit la situation dans sa province comme suit :

---

57 Association québécoise des soins palliatifs, 17 novembre 1994.

58 Télécopie, Haslam, 8 décembre 1994.

59 Ibid.

Rév. Weir : Nous avons quelque chose d'unique au Canada. Nous avons des hôpitaux et des infirmières extra muros [...]. Ce service est offert dans notre province et il comprend des infirmières et du personnel auxiliaire. Nous avons également des professionnels spécialement formés dans nos établissements. Les gens meurent à domicile et dans les établissements avec des systèmes de soutien.

[Au Nouveau-Brunswick, ces services sont offerts à la quasi-totalité de la population?]

Rév. Weir : Absolument.

[Avec des soins pastoraux, infirmiers et médicaux adéquats?]

Rév. Weir : Oui.

[Avec une bonne équipe?]

Rév. Weir : Oui.

*Weir, 24:28-29.*

L'Hôpital extra-mural, qui administre des programmes de soins palliatifs, de soins actifs et de soins prolongés à domicile, en est venu à occuper une place centrale dans le domaine des soins palliatifs au Nouveau-Brunswick. Il a été créé en 1981 pour faire face à un ensemble de circonstances majeures telles que la croissance et le vieillissement de la population, les frais élevés de construction et d'exploitation des établissements de santé, le déclin du recours systématique à l'hospitalisation et une forte prévalence des affections dégénératives :

Il s'agit d'une «corporation hospitalière» en vertu de la Loi sur les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, c'est-à-dire que ce sont des médecins qui admettent les patients, les soignent et leur donnent leur congé, que le personnel est entièrement composé de professionnels de la santé et que tous les patients sont considérés hospitalisés aux fins du régime provincial d'assurance-santé. Ses objectifs sont :

- 1) fournir une solution de remplacement à l'hospitalisation;
- 2) retarder le placement en foyer de soins ou s'y substituer;
- 3) dispenser à domicile des soins continus de longue durée aux invalides chroniques, aux handicapés de tout âge et aux malades en phase terminale.

Les principaux services comprennent les soins infirmiers (24 heures par jour), la diététique, l'inhalothérapie, l'ergothérapie, la physiothérapie et le travail social (aide ménagère, cantine mobile et fournitures médicales); les radiographies et les analyses en laboratoire sont effectuées dans d'autres établissements.<sup>60</sup> L'Hôpital extra-mural s'adresse à la population entière du Nouveau-Brunswick, c'est-à-dire à «toutes les personnes dont les maladies n'exigent pas, ou n'exigent plus, la surveillance de 24 heures, la technologie de pointe et la concentration de services de diagnostic et de traitement qu'on trouve dans un établissement moderne de soins actifs».

## Restrictions et lacunes

Le docteur Grant signale une certaine réticence des médecins à s'engager dans les soins palliatifs, qu'il explique par un degré d'ignorance des services et de la philosophie qui les sous-tend. Ce qu'il faudrait avant tout selon lui, c'est démystifier davantage les soins palliatifs et les questions de l'agonie et de la mort auprès de la population. Il relève aussi l'urgence de créer des services de relève.

La présidente de l'Association des soins palliatifs du Nouveau-Brunswick et membre du conseil de l'Association canadienne des soins palliatifs, Mme Brenda Haslam, abonde dans le même sens et considère crucial de sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public. Selon elle, des services de soutien plus solides, dont ceux de relève, s'imposent.

---

60 Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, Summary of Operations, 1994, 6.

## Nouvelle-Écosse

La province affichait en 1991 le plus haut taux de mortalité due au cancer chez les femmes et le deuxième chez les hommes, d'après Statistique Canada.<sup>61</sup> En 1993, on y a relevé 2 300 décès dus au cancer et 4 700 nouveaux cas. C'est pour répondre aux besoins des cancéreux en phase terminale qu'ont été créés les premiers programmes de soins palliatifs.

La Nouvelle-Écosse a été l'une des premières provinces à adopter des lignes directrices, vers le milieu des années 80.<sup>62</sup> Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a accepté en principe de payer les médecins suivant un nouveau mode de rémunération à la séance, y compris ceux qui dispensent des soins palliatifs. Un comité consultatif de l'hôpital Metropolitain recommandait d'intégrer des services coordonnés de soins palliatifs dans un programme exhaustif de services de cancérologie accessible à la grandeur de la province.

### La disponibilité des soins

Les services de soins palliatifs sont «mis sur pied et administrés au prix d'efforts communautaires dans tous les secteurs. On en trouve un aussi au Camp Hill Medical Centre d'Halifax (six lits d'hôpital, un service de consultation et un service de soins à domicile), qui est financé par la province.

### La formation

«La Faculté de médecine de l'Université Dalhousie réserve 16 heures aux soins palliatifs dans son programme de premier cycle et le Camp Hill Medical Centre d'Halifax lui est affilié à titre d'établissement d'enseignement. Les étudiants de médecine ont le choix de faire des rotations au Service de soins palliatifs, qui tiennent lieu de cours facultatifs ou complémentaires, et la matière figure parmi les options des internes en médecine familiale; en 1995, des stages de formation seront également offerts au personnel infirmier.»<sup>63</sup>

### Restrictions et lacunes

La plupart des services de soins palliatifs sont concentrés dans la région métropolitaine d'Halifax et ne sont encore accessibles qu'à une minorité de patients, selon la Nova Scotia Hospice Palliative Care Association. Le financement est qualifié de «fragmentaire et inconstant,» par le D<sup>r</sup> Ina Cummings. Selon elle, c'est dans l'éducation et les ressources que résideraient les principales lacunes nuisant au développement des soins palliatifs.

## Ile-du-Prince-Édouard

### La disponibilité des soins

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs est de dix, dont huit se trouvent au Prince Edward Home, un établissement de soins prolongés. Les soins sont dispensés par un spécialiste, qui s'y consacre à temps partiel, et par deux médecins ayant une compétence et de l'expérience en soins palliatifs, qui interviennent sur appel. La durée moyenne du séjour est de 30 jours et il y a souvent une liste d'attente. Le Prince Edward Home n'offre pas de service de soins à domicile à toute heure. Il peut compter sur l'aide d'environ 200 bénévoles. Deux autres lits sont disponibles à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Western. Les recommandations sont faites par des familles, des médecins et des spécialistes des soins à domicile.<sup>64</sup>

61 Nova Scotia Palliative Care Association, 1994 (A), 3.

62 Ibid., 1994 (B), 5.

63 Lettre, Ina Cummings, 3 novembre 1994.



## Restrictions et lacunes

En juillet 1994, la Island Hospice Association énumérait comme il suit les problèmes auxquels se heurtent les services de soins palliatifs à l'Ile-du-Prince-Édouard :

Il n'existe pas de politique gouvernementale officielle.

Il n'existe pas d'organe central d'information ou d'orientation, mais plutôt «un système morcelé dont l'accès est limité, inégal et imprévisible. [...] Accéder aux services disponibles peut exiger des démarches très compliquées.»

Les soins à domicile n'ont guère d'appuis; il n'existe ni services de consultation externe ni programmes officiels de formation. La plupart des ressources sont concentrées dans la région de Charlottetown.

Les professionnels de la santé et la population sont peu renseignés sur les services disponibles. Les patients sans grands moyens sont forcés de s'en remettre exclusivement à leur médecin de famille, qui n'a peut-être ni le temps ni la compétence nécessaires pour s'occuper de problèmes physiques complexes ou coordonner toute l'aide dont ont besoin les patients et leur famille.

Il n'existe pas de service de consultation médicale en bonne et due forme, ce qui entraîne des écarts considérables dans le traitement de la douleur et des symptômes.

Les recours sont plutôt limités en dehors des heures ouvrables; les programmes actuels de soins à domicile se résument aux soins de convalescence de courte durée et aux soins prolongés pour les personnes âgées et les handicapés.

Il y a très peu de solutions autres que les soins en établissement.<sup>65</sup>

## Terre-Neuve

### La disponibilité des soins

Il existe un service pouvant accueillir huit patients à l'hôpital St. Clare's Mercy de St. John's. Le poste de consultante provinciale en soins palliatifs du docteur Margaret Scott est financé par l'Université Memorial de Terre-Neuve et la Newfoundland Cancer Foundation. Elle indique que des services de soins palliatifs voient le jour dans des cliniques et des hôpitaux locaux : celui de St. Clare s'est étendu et offre maintenant des consultations en soins actifs, et la *Cancer Foundation* s'occupe de constituer une équipe pluridisciplinaire». Le service de soins palliatifs de St. Clare a reçu 650 000 \$ en 1993 (tous les autres programmes ressortissaient au budget global du ministère de la Santé). Toutefois, on ne connaît pas pour l'instant, selon le docteur Scott, le coût moyen d'un lit de soins palliatifs dans un hôpital, un centre d'accueil ou un programme de soins à domicile.<sup>66</sup>

Les soins palliatifs font partie intégrante du programme des soins prolongés du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, mais sans enveloppe budgétaire désignée. Une lettre du ministre provincial de la Santé indique que la province ne finance pas directement des programmes; les fonds proviennent des budgets généraux. Chaque établissement est libre de créer des postes budgétaires pour des programmes précis à même son allocation globale.»<sup>67</sup>

---

64 Island Hospice Association, 1994, 19.

65 Ibid. 5-6.

66 Télécopie, Margaret Scott, 2 décembre 1994; renseignements supplémentaires fournis par le sous-ministre adjoint de la Santé, M<sup>me</sup> Joan Davis, et le chef de la direction de la *Health Care Corporation of St. John's*, M. E. Davis.

67 Lettre, ministre de la Santé de Terre-Neuve et du Labrador, 14 novembre 1994.

## La formation

Le ministre de la Santé de Terre-Neuve et du Labrador, M. Lloyds G. Matthews, a apporté les précisions suivantes dans une lettre au Comité :

La formation continue des médecins est assurée par le département d'éducation permanente de la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve, ainsi que par les programmes de formation continue et de perfectionnement en cours d'emploi que les différents établissements offrent à leur personnel. Les professionnels de la santé ont aussi l'occasion de se perfectionner en assistant à des conférences et en suivant des stages à l'extérieur de leur établissement et même de la province.

## Restrictions et lacunes

Mme Joan Davis, sous-ministre adjoint de la Santé, relève cinq lacunes dans le domaine des soins palliatifs : «on manque de médecins disposés à soigner à domicile; l'accès aux services laisse à désirer dans certaines parties de la province; on manque d'appareils de traitement de la douleur, comme la pompe permettant l'injection sous-cutanée continue de médicaments; les besoins d'aide à domicile dépassent souvent les ressources financières disponibles; les familles en quête de soutien et de counseling ont très peu de recours». Le docteur Scott ajoute que certains patients ne sont pas recommandés à temps et que certains professionnels de la santé ne voient pas les soins palliatifs comme une option thérapeutique.<sup>68</sup>

Pour le D<sup>r</sup> Scott, trois grands dossiers devront être débattus dans un proche avenir : l'attitude, la compétence et la disponibilité professionnelles, la sensibilisation du public et les interrogations en matière de déontologie et de recherche. Elle recommande que l'enseignement des soins palliatifs soit obligatoire à tous les cycles des études de médecine, qu'on insiste sur la formation continue des médecins et qu'on lance enfin un grand débat public.

## Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest ne financent pas séparément les soins palliatifs : «Les fonds consacrés aux soins palliatifs sont indissociables du reste du budget de la santé; on peut affirmer cependant qu'ils représentent une proportion infime du budget total.»<sup>69</sup>

## La formation

D'après le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Territoires du Nord-Ouest encouragent l'avancement de l'éducation en soins palliatifs au moyen d'«un contrat de services de gérontologie, l'éducation faisant partie des attributions du gérontologue. Il est arrivé par le passé qu'on aborde des sujets reliés aux soins palliatifs dans la formation des professionnels de la santé et des intervenants de la collectivité.»<sup>70</sup> Le Ministère signale aussi que chaque établissement dispense de la formation à ses employés.

68 Télécopie, Margaret Scott, 2 décembre 1994; renseignements supplémentaires fournis par le sous-ministre adjoint de la Santé, M<sup>me</sup> Joan Davis, et le chef de la direction de la *Health Care Corporation of St. John's*, M. E. Davis.

69 Lettre, Elaine Berthelet, sous-ministre intérimaire, 11 octobre 1994.

70 *Ibid.*

## Yukon

Le directeur des Continuing Care, Health and Social Services, M. Joy Kajiware, écrit dans une lettre au Comité que «sans être officiel, son appui prend la forme de fonds alloués aux établissements spécialisés, du financement global des hôpitaux, du budget d'exploitation des services de soins à domicile et des établissements de soins prolongés et de diverses ententes de services».<sup>71</sup>

## Conclusion

Les renseignements sur l'état actuel des soins palliatifs dans les provinces proviennent de témoins qui ont comparu devant le Comité ainsi que de représentants des ministères provinciaux de la santé et d'associations de soins palliatifs. Dans ces deux derniers cas, les renseignements ont été obtenus dans le cadre d'entrevues téléphoniques et au moyen d'un questionnaire.

Les répondants considèrent que quatre provinces apportent un appui substantiel aux soins palliatifs, soit la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick, alors que le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard y accordent une faible priorité. Les répondants des autres provinces ont soit exprimé leurs préoccupations quant à l'avenir de ces services, soit fait état d'écarts considérables dans les services.

En résumé, la situation des soins palliatifs au Canada reflète la situation actuelle des soins de santé : des changements, de grandes attentes ainsi qu'une inquiétude face à l'avenir liée à la décentralisation en cours des services de santé.

---

71 Lettre, Kajiware, Continuing Care, Health and Social Services, Yukon, 2 novembre 1994.



## Annexe N

### Rapports récents d'autorités étrangères

---

*En 1994, un Comité spécial de la Chambre des lords a été constitué pour examiner les incidences éthiques, juridiques et cliniques du droit d'une personne de refuser un traitement visant à prolonger la vie, ainsi que la situation des personnes qui ne sont plus en mesure de donner ou de refuser leur consentement; il devait également examiner si les actes commis avec l'intention d'abrégier la vie d'autrui ou ayant cet effet probable peuvent être justifiés du fait qu'ils sont conformes aux volontés ou à l'intérêt véritable de la personne, et dans quelles circonstances. Par ailleurs, aux États-Unis, plusieurs États ont mis sur pied des groupes de travail chargés d'analyser les questions de fin de vie et de formuler des recommandations à l'intention de leurs corps législatifs respectifs. On trouvera ci-dessous une liste complète des recommandations du Comité spécial sur l'éthique médicale de la Chambre des lords et du Groupe de travail de l'État de New York sur la vie et le droit.*

#### **Rapport du Comité spécial sur l'éthique médicale, Chambre des lords : Sommaire des conclusions - Janvier 1994**

Nous recommandons qu'aucun changement autorisant l'euthanasie ne soit apporté à la législation.

Nous appuyons vivement le droit du patient capable de refuser de consentir à un traitement médical, quel qu'il soit .

Si la Cour annule un refus de traitement émanant d'un patient capable, elle doit en donner toutes les raisons.

Nous recommandons vivement l'établissement et l'accroissement de services de soins palliatifs dans les hospices, dans les hôpitaux et dans la communauté.

Le double effet ne constitue pas, à notre avis, une raison pour ne pas administrer un traitement qui procurerait un soulagement, du moment que le médecin agit en conformité avec une pratique médicale responsable et dans le but d'apaiser la douleur ou la souffrance, et non avec l'intention de tuer.

Les décisions concernant la limitation des traitements devraient être prises conjointement par toutes les personnes qui s'occupent des soins au patient, étant entendu qu'un traitement pourra être jugé inapproprié s'il n'améliore d'aucune façon le bien-être du patient en tant qu'individu.

Nous recommandons qu'on élabore une définition de ce qu'est un état végétatif persistant ainsi qu'un code de pratique concernant sa gestion.

L'acceptation progressive de l'idée que, dans des circonstances particulières, certains traitements ne sont peut-être pas appropriés et n'ont pas à être administrés, devrait rendre inutile à l'avenir d'envisager l'interruption de l'alimentation et de l'hydratation uniquement lorsque l'administration en est manifestement pénible pour le patient.

Les décisions concernant la limitation des traitements ne devraient pas être prises en fonction de la disponibilité des ressources.

Le rejet de l'euthanasie en tant qu'option pour l'individu comporte pour la société la responsabilité incontournable de prendre soin comme il faut des personnes âgées, mourantes ou handicapées.

L'accès aux soins palliatifs devrait être élargi.

La recherche sur le soulagement de la douleur et le contrôle des symptômes devrait être financée adéquatement.

La formation des professionnels de la santé devrait les préparer à assumer des responsabilités d'ordre éthique.

Dans les soins de longue durée des personnes dépendantes, on doit tenir tout particulièrement compte du maintien de la dignité de la personne.

Nous appuyons les propositions visant un nouveau tribunal judiciaire habilité à prendre des décisions en matière de traitement médical pour les patients incapables.

Nous ne recommandons pas la création d'une nouvelle infraction de «meurtre par compassion».

Nous appuyons vivement la recommandation d'un précédent comité spécial voulant que soit supprimée la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre.

Nous ne recommandons aucun changement à la législation sur l'aide au suicide.

Nous recommandons l'élaboration de directives préalables, mais concluons qu'il est inutile de légiférer en la matière.

Nous recommandons l'élaboration d'un code de pratique pour les directives préalables.

Nous ne sommes pas en faveur de l'élargissement d'un système de prise de décisions par mandataire.

Document 21-1-I, p. 58



### **«Lorsque la mort est demandée : l'aide au suicide et l'euthanasie dans le contexte médical» Le Groupe de travail de l'État de New York sur la vie et le droit, mai 1994**

Les principes dégagés par le Groupe de travail sont exposés ci-après. Le Groupe de travail est d'avis qu'ils constitueront pour les médecins des balises importantes, tout en respectant la nécessité d'un jugement professionnel en ce qui a trait aux recommandations de traitement.

- Les médecins ont l'obligation professionnelle de soulager la douleur et de fournir des soins palliatifs appropriés.

- Les médecins ont l'obligation professionnelle d'évaluer et de traiter les cas de dépression ou de diriger les patients vers les services appropriés pour les faire traiter.
  - Les médecins ne devraient pas s'abstenir de discuter des idées suicidaires d'un patient et, de fait, devraient en analyser les signes et y réagir. Il s'agit d'un aspect important des soins qui peut aussi faciliter la prévention du suicide.
  - Les médecins ne devraient pas pratiquer l'euthanasie ou aider un patient à se suicider. Toutefois, le fait de fournir un médicament qui pourrait hâter la mort d'un patient est acceptable d'un point de vue éthique et professionnel, à condition que le médicament ne soit pas destiné à causer la mort du patient ou à l'aider à se suicider et qu'il soit fourni conformément à des normes médicales reconnues.
  - Il peut être approprié qu'un médecin fournisse un médicament en sachant qu'il y a risque de suicide, pourvu que les avantages que procure le médicament l'emportent sur le risque et que le médecin ait examiné les avantages et les risques comparables d'autres possibilités de traitement.
  - Le fait d'avoir fourni le médicament qu'a utilisé un patient pour se suicider n'est pas en soi une preuve que le médecin avait l'intention d'aider le patient à mettre fin à ses jours. Dans l'évaluation de l'intention du médecin, on doit plutôt tenir compte d'un éventail de facteurs, dont les motifs qui l'ont incité à fournir cette quantité et ce type précis de médicament et la question de savoir si, pour ce patient en particulier, la quantité et le type de médicament pouvaient servir une fin médicale légitime en fonction des objectifs de traitement établis.
1. La participation des patients aux décisions concernant le traitement leur donne le sentiment de leur propre valeur et contribue à leur bien-être. Les médecins devraient inviter les patients à participer aux décisions concernant l'abstention ou l'interruption de traitement de survie assez tôt pendant leur maladie pour leur donner une réelle occasion de faire respecter leurs vœux et leurs valeurs. (p. 153)
  2. Les professionnels de la santé ont le devoir d'offrir aux patients, lorsque cela est nécessaire, les moyens de soulager efficacement leur douleur et leurs symptômes, en exerçant un jugement sain et en utilisant les méthodes les plus avancées à leur disposition. (p. 158)
  3. Les médecins et le personnel infirmier doivent être conscients du fait qu'il se produit rarement une dépendance psychologique aux analgésiques chez les malades en phase terminale. Bien qu'une dépendance physique soit un peu plus fréquente, un dosage approprié de la médication peut réduire au minimum les effets néfastes. Les inquiétudes concernant une dépendance psychologique ou physique ne devraient pas empêcher les patients de recevoir des traitements palliatifs appropriés. (p. 160)
  4. L'administration d'analgésiques appropriés présente rarement un risque prononcé de dépression respiratoire. En outre, elle est acceptable d'un point de vue éthique et professionnel, même si un tel traitement peut hâter la mort du patient, à condition que le médicament soit destiné à atténuer la douleur et de graves malaises et non à causer la mort. (p. 162)
  5. L'éducation des professionnels de la santé en matière de soulagement de la douleur et de soins palliatifs doit être améliorée. La formation à cet égard devrait être intégrée au programme d'études des écoles de sciences infirmières et de médecine, ainsi qu'aux programmes d'internat et de formation permanente des professionnels de la santé. En outre, les établissements de recherche biomédicale devraient effectuer plus de recherche, tant fondamentale que clinique, sur la physiologie de la douleur et la meilleure façon de soulager cette dernière. (p. 165)



6. Les hôpitaux et les autres établissements de santé devraient étudier des façons de promouvoir le soulagement efficace de la douleur et les soins palliatifs ainsi que de supprimer les obstacles à ces traitements. (p. 167)
7. L'éducation du public est essentielle pour améliorer les pratiques en matière de soulagement de la douleur. Le personnel infirmier et les médecins devraient créer une atmosphère qui encouragera les patients à réclamer qu'on soulage leur douleur. Dans la mesure du possible, les stratégies à ce titre devraient favoriser au maximum chez les patients le sentiment de participer et d'exercer un contrôle. (p. 169)
8. Les compagnies d'assurances et les autres responsables du financement des soins de santé devraient promouvoir un traitement efficace de la douleur et des symptômes et s'efforcer d'aplanir les obstacles auxquels se heurtent certains patients. (p. 170)
9. On devrait modifier les lois et règlements de l'État de New York afin d'améliorer la disponibilité des analgésiques nécessaires d'un point de vue médical, y compris les substances opioïdes. On devrait procéder de façon équilibrée en reconnaissant l'importance d'éviter le détournement des médicaments. (p. 171)
10. Les professionnels de la santé devraient bien connaître les caractéristiques de la dépression grave et d'autres maladies psychiatriques courantes, et les traitements possibles. Ils doivent être sensibles aux facteurs particuliers qui compliquent le diagnostic de ces affections chez les personnes âgées ou les patients en phase terminale. Les médecins doivent également avoir reçu une formation pour pouvoir distinguer la dépression clinique grave de la tristesse et de la dépression réactionnelle temporaire qui accompagnent souvent les maladies terminales. Il est généralement possible de traiter la dépression clinique grave et de le faire efficacement même sans amélioration de la maladie sous-jacente. Les patients devraient aussi recevoir un traitement approprié pour les formes de dépression moins graves qui accompagnent souvent les maladies terminales. (p. 175)
11. Il arrive couramment que les patients en phase terminale pensent au suicide, bien qu'ils donnent rarement suite à telles idées. Les médecins devraient créer une atmosphère dans laquelle les patients se sentiraient à l'aise d'exprimer ces idées. Parler de suicide avec un médecin ou un autre professionnel de la santé ne pousse pas au suicide; au contraire, cela en réduit souvent le risque. (p. 177)
12. Lorsqu'un patient demande l'euthanasie ou de l'aide pour se suicider, un professionnel de la santé devrait chercher à savoir ce que signifie la demande, reconnaître la souffrance du patient et chercher à découvrir quels facteurs ont déclenché sa démarche. Ces facteurs peuvent englober un contrôle insuffisant des symptômes, la dépression clinique, un soutien social inadéquat, la crainte d'être un fardeau pour sa famille ou pour d'autres, un sentiment de désespoir, la détresse spirituelle, la perte de l'estime de soi ou la peur d'être abandonné. L'examen de ces questions devrait mettre à contribution tant les membres de la famille que les professionnels de la santé. (p. 179)

## Annexe O

# Décisions médicales concernant la mort aux Pays-Bas

---

Dès le début de son étude, le Comité sénatorial spécial a constaté que l'expérience des Pays-Bas prêtait particulièrement à controverse au Canada. Cette situation tient probablement en partie à des malentendus concernant l'état et la définition de l'euthanasie aux Pays-Bas. L'euthanasie et l'aide au suicide sont des actes criminels en vertu de l'équivalent de notre *Code criminel*, mais ni l'une ni l'autre n'est poursuivie en justice quand certaines conditions et précautions sont observées. À cause de différences dans la structure du droit pénal, cette situation ne pourrait pas exister au Canada et elle peut être difficile à saisir pour les Canadiens. L'état du droit et la définition de l'euthanasie aux Pays-Bas sont examinés en détail dans la section 2.0 du présent document.

Partiellement en raison de divergences juridiques et notionnelles, certains témoins ont indiqué que l'euthanasie y était pratiquée beaucoup plus souvent qu'on ne l'admettait officiellement. D'autres ont allégué que l'introduction d'une euthanasie semi-légalisée avait nui au développement de bons soins palliatifs, contrairement à ce qui s'est passé en Angleterre, où l'euthanasie demeure illégale et où il existe un important réseau de soins de ce genre. Enfin, d'autres témoins ont fait valoir que l'exemple néerlandais vient étayer l'argument de la «pente glissante», à savoir que, si l'on tolère l'euthanasie ou l'aide au suicide, on sape la valeur absolue de la vie, ce qui signifie que l'euthanasie sera de plus en plus fréquente, aussi bien pour les patients consentants que pour les autres. Les témoins se sont dits particulièrement inquiets pour les personnes âgées ou invalides qui pourraient se sentir poussées par des pressions sociales ou émotionnelles à demander l'euthanasie afin de ne pas être une charge pour leur famille ou pour la société.

Pour faire le point, le Comité a communiqué le 25 octobre 1994 par vidéoconférence avec des juristes et experts médicaux néerlandais connaissant bien les questions d'euthanasie et d'aide au suicide.<sup>72</sup> La vidéoconférence a occupé deux séances d'une durée totale de plus de six heures. Le texte qui suit s'inspire des résultats de ces entretiens ainsi que de la documentation publiée sur le sujet tant aux Pays-Bas qu'au Canada.

Dans son exposé d'ouverture, le D<sup>r</sup> Gerrit Van der Wal a réagi aux critiques du système néerlandais, et décrit les préoccupations qui existent aux Pays-Bas même au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide :

L'argument selon lequel l'euthanasie se pratique en Hollande par manque de ressources suffisantes, surtout pour les patients âgés des foyers de soins, n'est aucunement fondé. L'euthanasie est surtout pratiquée à domicile sur des patients qui, lorsque l'hospitalisation et le traitement se sont révélés inutiles, ont moins d'un mois à vivre.

On a également fait valoir qu'aux Pays-Bas, le traitement de la douleur était insuffisant et que les patients étaient donc obligés de demander l'euthanasie. Que ce soit vrai ou non (et

---

72 Voir la liste des participants dans l'annexe A.

je crois que non), ce n'est pas un facteur important étant donné que 5 p. 100 seulement des patients demandent l'euthanasie à cause de la douleur.

Enfin, on a fait valoir que l'expérience hollandaise nous avait mis le doigt dans l'engrenage. [...] La transparence et un examen critique sont les principaux facteurs qui peuvent nous empêcher de mettre le doigt dans l'engrenage.

Avons-nous des problèmes? Oui, bien entendu. J'espère vous avoir montré que nous sommes confrontés à trois grandes questions : premièrement, l'existence d'un bon nombre de cas où l'euthanasie est pratiquée sans que le patient n'en ait fait la demande et de cas mal définis; deuxièmement, la déclaration des cas d'euthanasie au procureur; troisièmement, la nécessité d'améliorer la formation du corps médical à l'égard de l'euthanasie.

van der Wal 21:10-11

Bien qu'il semble probable que la politique d'euthanasie des Pays-Bas continuera d'être controversée, le consensus semble être acquis sur un point. En effet, on n'a jamais laissé entendre au Comité que le modèle néerlandais pourrait être transplanté avec de bons résultats au Canada. Nous avons beaucoup à apprendre des Pays-Bas, ne serait-ce que parce que leur approche a généré de meilleures données sur l'euthanasie que celles des sociétés où la pratique demeure illégale. Néanmoins, les spécialistes néerlandais ont été les premiers à souligner que l'approche de leur pays en matière d'euthanasie découle d'aspects particuliers de la culture néerlandaise, et qu'elle n'est donc pas transférable. Le Dr Van Delden, l'un des participants à la vidéoconférence, l'a exprimé en ces termes :

L'approche néerlandaise de l'euthanasie peut-elle servir de modèle pour le Canada? Sans parler de la partie normative d'une réponse quelconque, je dois prêcher la prudence : l'euthanasie n'est pas un sujet à traiter hors contexte. Sortir de son contexte la politique néerlandaise de l'euthanasie et la transférer dans un autre système de soins de santé et dans une autre culture risque de causer un désastre. Je ne veux nullement dire que l'euthanasie est acceptable, à supposer qu'elle le soit, aux Pays-Bas seulement; je dis simplement qu'on ne peut pas séparer l'euthanasie de son contexte culturel.<sup>73</sup>

## 1.0 Le contexte socio-médical

### 1.1 Le contexte culturel

Les Pays-Bas comptent 15 millions d'habitants. L'année où l'étude van der Maas a été entreprise, en 1990, on y a constaté 129 000 décès (une description de cette étude sur l'euthanasie et d'autres décisions médicales concernant la mort est donnée à la section 3.0). L'Association médicale royale des Pays-Bas a souligné que divers facteurs sociaux avaient contribué à forger l'opinion néerlandaise actuelle sur l'euthanasie : insistance accrue sur le pouvoir décisionnel du patient et propension des médecins à parler avec leurs patients de leur état, de leur traitement et du pronostic; importance accrue de l'autonomie personnelle; insistance des Églises néerlandaises autres que l'Église catholique romaine sur les droits moraux de l'individu.<sup>74</sup> En 1991, du point de vue de l'appartenance religieuse, la population néerlandaise de 18 ans et plus se répartissait ainsi : Catholiques romains, 34 p. 100; Église néerlandaise réformée, 17 p. 100; Églises réformées, 8 p. 100; autres croyances, 5 p. 100; sans appartenance religieuse, 37 p. 100.<sup>75</sup>

---

73 «Euthanasia in the Netherlands: The Medical Scene», dans Barney Sneiderman et Joseph M. Kaufert, éd., *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?*, Institut de recherche juridique de l'Université du Manitoba, 1994, p. 25.

74 Chambre des lords, *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Londres, 31 janvier 1994, annexe 3, p. 64 à 66

75 *The Statesman's Year Book*, édité par Brian Hunter, 130<sup>e</sup> édition, 1993-1994, p. 998 et 999.



Les observateurs des milieux culturels néerlandais font invariablement état d'une tradition profondément ancrée de discussion ouverte des questions difficiles :

[En ce qui concerne les valeurs culturelles], l'ancien cabinet a répondu à une question du Parlement demandant pourquoi les Pays-Bas semblent beaucoup plus avancés sur [le plan de la politique d'euthanasie]. La réponse officielle était que c'était attribuable à l'histoire du pays, que les Hollandais avaient toujours été un peuple ouvert et honnête. Il a été dit que c'était un peuple déterminé qui voulait ce qu'il pensait être bon pour lui.

Ces caractéristiques, liées à la franchise qu'il faut pour parler ouvertement de certaines questions, ont amené les Hollandais à aller un peu plus loin que les autres. Je n'en tire pas fierté, car c'est simplement le fait de notre héritage historique.

*Nieuwenkamp 21:31*

Le D<sup>r</sup> Van Delden, pour sa part, fournit cette explication : «J'ose dire sans crainte de me tromper qu'il n'y a pas d'extrêmes dans la société néerlandaise. En un certain sens, presque tout le monde fait partie de la classe moyenne, et ça contribue probablement dans une certaine mesure au fait qu'il n'y a pas beaucoup d'affrontements dans notre société et que nous ne fonctionnons guère de façon légaliste. Notre société est caractérisée par sa propension à approfondir un sujet et à essayer d'obtenir un consensus.»<sup>76</sup>

Du point de vue des Néerlandais, la différence entre l'expérience des Pays-Bas et celle des autres pays est largement attribuable à la franchise avec laquelle on parle de l'euthanasie chez eux. L'information qu'ils obtiennent des autres pays leur laisse entendre que ce qu'ils appellent l'euthanasie s'y pratique clandestinement.

La principale différence est que l'on en parle librement et non pas le fait que ces décisions médicales [concernant la fin de la vie] sont prises ou non.

*Legemaate 21:32*

## 1.2 Le système de soins de santé

Les Néerlandais sont fiers de leur système de soins de santé, un système très développé, accessible à tous. Voici les statistiques pertinentes pour 1991 :

Le coût total des soins de santé s'est élevé à 51,4 milliards de florins, soit 9,6 p. 100 du produit national brut.<sup>77</sup>

Les Pays-Bas comptent 165 hôpitaux qui assurent des services modernes de soins de santé, avec du matériel de pointe. Il y a 60 000 lits d'hôpital pour une population de 15 millions d'habitants. La plupart des institutions qui dispensent des soins de santé sont des établissements privés sans but lucratif.

Chaque citoyen néerlandais est inscrit auprès d'un des 6 388 «*huisartsen*» (omnipraticiens) du pays. La majorité des soins primaires sont assurés par l'omnipraticien à son cabinet, qui est situé dans sa résidence, ou chez le patient. L'omnipraticien vit dans le même quartier que sa clientèle, se rend chez le patient quand celui-ci est trop malade pour se déplacer et traite normalement des familles entières. Aux Pays-Bas, 75 p. 100 de la population voit son médecin de famille au moins une fois l'an.

76 J.J.M. Van Delden, «Euthanasia in the Netherlands: the Medical Scene», dans *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?*, op. cit., p. 23.

77 Au Canada, les dépenses de santé se sont stabilisées à 10,1 p. 100 du produit intérieur brut (PIB) en 1992 et en 1993 (Santé Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1993*, p. 3).

L'assurance-maladie est mixte, comportant des régimes d'assurance privés et un régime national d'assurance-maladie établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Environ 60 p. 100 de la population bénéficie d'une assurance pour virtuellement tous ses frais de santé, en vertu du régime public.

Seulement 2 p. 100 de la population n'est pas assurée mais, même ces citoyens-là sont protégés par la *Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (dédommagement)*, qui a établi un régime national d'assurance universel quel que soit le revenu des prestataires. La Loi assure une protection dans les cas de besoins médicaux importants (par exemple, un séjour à l'hôpital de plus d'un an et l'admission à un centre d'accueil) que le patient ne peut pas payer et qu'il est difficile de faire assurer.

Tous les professionnels de la santé ont l'obligation juridique de fournir les soins nécessaires. Refuser un patient ou le renvoyer pour des raisons d'argent est un acte criminel.<sup>78</sup>

Même si presque tous les Néerlandais sont assurés, le Dr Bakker a souligné au Comité qu'il ne faut pas perdre de vue les considérations économiques.

Jusqu'à maintenant aux Pays-Bas, seules les considérations médicales ont eu de l'importance. On n'a tenu compte d'aucune considération économique dans les décisions visant à mettre un terme à la vie d'une personne parce que tout le monde aux Pays-Bas a une assurance pour les soins de santé de toutes sortes. Ce ne sont que les considérations médicales qui comptent pour l'instant.

Cependant, il faut être prudent. C'est là un point important à se rappeler, et l'on effectue actuellement des contrôles constants qui ne sont assortis d'aucune considération économique.

*Bakker, 21:67*

Dans la grande majorité des cas, la relation entre le médecin et le patient est établie depuis longtemps — peut-être 10, 20 ou 30 ans — au moment où ce dernier demande l'euthanasie.<sup>79</sup>

L'Association médicale royale des Pays-Bas compte 25 000 membres; elle a en outre une association indirecte avec 8 000 à 10 000 autres médecins. Il y a aussi la Ligue des médecins néerlandais, une organisation médicale qui s'oppose à l'euthanasie et qui compte environ 650 membres. En tout, il y a quelque 40 000 médecins aux Pays-Bas<sup>80</sup> et certains font partie des deux organisations.<sup>81</sup> Même les membres de la Ligue des médecins néerlandais ne s'entendent pas sur la meilleure manière de faire échec à l'euthanasie. Citons l'exemple du Dr Zbigniew Zylicz, formé à l'école britannique des soins palliatifs et fondateur-directeur médical de l'Hospice Rosenheuvel. Il a fondé le centre dans le but de lutter contre l'euthanasie au moyen de bons soins palliatifs.

Zylicz ne cache pas qu'il est ardemment opposé à l'euthanasie. Il fait partie des 600 médecins membres de la *Nederlands Arstenverbond (NAV)*, ou Ligue des médecins néerlandais, qui s'est dissociée de la *Royal Dutch Medical Association* après la prise de position de celle-ci sur l'avortement et l'euthanasie.

Par ailleurs, Zylicz désapprouve la tactique anti-euthanasie de la NAV qui consiste, en partie, à dénigrer les médecins néerlandais de l'autre camp et à recourir à des données de recherche

---

78 Van Delden, «Euthanasia in the Netherlands», *op. cit.*, p. 23 et 24.

79 Mishara 2:36

80 Dillman 21:25; Chambre des lords, annexe 3, p. 64 à 66.

81 Bakker 21:36

qui, selon lui, sont discutables. La stratégie de la NAV est trop radicale, dit Zylicz, et ne réussit qu'à diviser encore plus les points de vue.<sup>82</sup>

Le rôle du personnel infirmier dans le système des soins de santé — particulièrement sur la question de l'euthanasie — n'a pas été parfaitement expliqué lors de la vidéoconférence. La seule infirmière qui a témoigné a déclaré que la participation de l'infirmière aux prises de décisions pouvait dépendre considérablement du médecin et de l'infirmière-chef :

«[...]il arrive parfois que, dans un même hôpital, l'infirmière d'un service soit consultée tandis que celle d'un autre service ne l'est pas».

*Vlaming 21:21*

Il semble aussi y avoir divergence d'opinions sur les risques que peuvent entraîner, pour la carrière, les opinions personnelles de l'infirmière sur l'euthanasie, tout comme il y en a au Canada dans le débat sur l'avortement.

J'aimerais dire que, pour les infirmières qui ne s'opposent pas à l'euthanasie, il n'y a pas de problème. Cependant, celles qui s'y opposent risquent de faire face à des difficultés dans leur carrière. Celles qui s'opposent à l'euthanasie ne seront jamais promues au poste d'infirmière-chef parce qu'elles refusent de faire certaines choses. Je pense que ce n'est pas bien.

Lorsqu'une infirmière subit une entrevue pour un poste dans un hôpital, on lui demande : «Est-ce que vous êtes prête à aider un médecin à pratiquer l'euthanasie?» Si elle répond non, elle n'aura pas l'emploi. À mon avis, ce n'est pas bien.

On n'a pas encore répondu à toutes les demandes des infirmières. Par exemple, elles ne sont pas encore associées au processus décisionnel. Elles participent au processus décisionnel seulement lorsque les médecins leur permettent de le faire. Autrement, elles ne peuvent exprimer leur opinion. De nombreuses infirmières veulent parler de cette question et ont besoin de le faire, mais elles n'ont personne à qui s'adresser.

*Vlaming 21:69*

À la question de savoir combien d'infirmières néerlandaises sont en faveur de l'euthanasie ou contre cette pratique, elle a répondu :

**M<sup>me</sup> Vlaming :** Nous n'avons pas de chiffres là-dessus, mais il y a seulement quelques infirmières qui s'opposent véritablement à participer à l'euthanasie.

**Le D<sup>r</sup> Van der Wal :** Aux Pays-Bas, certains hôpitaux et centres d'accueil qui ont une affiliation religieuse ont adopté une politique comme celle décrite par M<sup>me</sup> Vlaming. Cependant, la question est d'importance secondaire, à mon avis, parce qu'il est interdit aux infirmières d'assister à l'exécution d'un acte d'euthanasie. Les infirmières n'ont pas leur mot à dire dans le processus décisionnel au sujet de l'euthanasie et du suicide assisté.

Il est impossible que les cadres d'un hôpital ou d'un centre d'accueil fassent obstacle à la carrière d'une infirmière. On peut demander à l'infirmière au préalable si elle a des objections à l'euthanasie ou au suicide assisté. Si elle est préparée quand un patient lui fait une demande, elle peut donner cette information au médecin ou la transmettre à une autre

82 Mullens, «A place where euthanasia is talked about but is not offered», in *Euthanasia: Dying for Leadership*, 1995, p. 33.



infirmière. De telles demandes peuvent être adressées tout aussi bien aux infirmières qu'aux médecins.

**M<sup>me</sup> Vlaming** : Je ne suis pas d'accord.

21:70 et 71

Lorsqu'on a demandé à M<sup>me</sup> Vlaming d'expliquer quels étaient, selon les infirmières, les principaux problèmes liés à l'euthanasie, elle a répondu :

**M<sup>me</sup> Vlaming** : Les principaux problèmes que cela pose pour les infirmières résultent d'un manque de définition de l'euthanasie. Nous avons travaillé auprès des infirmières pour leur faire savoir quand elles devaient parler de l'euthanasie et quand elles devaient s'en abstenir. Elles partageaient vos opinions à l'égard de l'interruption du traitement ou de l'euthanasie passive. Comme tout est qualifié d'euthanasie, les choses sont compliquées. Souvent, les infirmières s'imaginent qu'elles euthanasient un patient alors qu'il n'en est rien. Environ cinq ou six fois par semaine, elles appellent notre bureau pour demander : «Puis-je faire ceci ou cela? Ai-je l'obligation d'euthanasier ces personnes?» Elles ne cessent de poser ce genre de questions.

Le problème dont nous discutons aujourd'hui intéressera les infirmières hollandaises parce qu'au bout de deux ans, elles s'imaginent tout savoir, mais ce n'est pas le cas. Sur le plan émotif, elles n'arrivent pas à faire face à l'euthanasie. C'est là que réside le problème.

*Vlaming, 21:23*

### 1.3 Le système des foyers de soins

Le médecin qui pratique dans un foyer de soins exerce une spécialité médicale distincte, qui a ses propres pouvoirs de délivrance de permis et son programme particulier nécessitant environ trois années complémentaires après la formation médicale de base.<sup>83</sup>

[Comme on l'a dit,] nous avons environ 300 foyers de soins qui comprennent 50 000 lits et environ 700 médecins spécialisés. Un rapide calcul vous dira que chaque foyer de soins compte, en moyenne, deux ou trois médecins et 100 à 300 lits. Dans chacun d'eux, il y a environ 50 à 150 infirmières de même que des aides-infirmières.

Pour ce qui est de la protection offerte aux patients des foyers de soins, elle est très bonne. Les soins sont assurés avant tout par les infirmières. Il y a deux, quatre ou six patients par chambre, si bien qu'il y a déjà là une certaine protection. Il y a quelques chambres individuelles, surtout pour les patients gravement malades. Je crois que les médecins des foyers de soins sont pratiquement dans l'impossibilité de mettre fin à la vie des patients qui n'en ont pas fait la demande.

*van der Wal 21:37*

### 1.4 Contrôle de la douleur et soins palliatifs

Un certain nombre de témoins ont déclaré que, à cause de leur politique sur l'euthanasie, les Pays-Bas tirent de l'arrière par rapport au Royaume-Uni en matière de soins palliatifs. À l'inverse, ils ont laissé entendre que la demande d'euthanasie aux Pays-Bas est imputable à des lacunes du système de soins palliatifs. La majorité des Néerlandais contestent cependant la validité de ces allégations.

Dans le résumé que le gouvernement des Pays-Bas a fait du Rapport Rammelink, il est question de l'importance des soins dispensés en phase terminale ou soins palliatifs :

Par soins en phase terminale, la Commission entend l'ensemble de l'aide et des soins à dispenser aux mourants et à leur famille. Les soins optimaux pour un agonisant impliquent que le médecin sait traiter la douleur, connaît d'autres traitements lorsque le patient se plaint d'une souffrance intolérable et peut reconnaître le moment où il doit laisser la mort suivre son cours.<sup>84</sup>

Pendant la vidéoconférence, le D<sup>r</sup> Heintz a déclaré que le nombre relativement peu élevé de patients qui finissent par obtenir l'euthanasie témoigne de la haute qualité des soins palliatifs dispensés tant à l'hôpital qu'à domicile.<sup>85</sup> En outre, aux Pays-Bas, environ 5 p. 100 de tous les patients cancéreux ont recours à l'euthanasie ou à l'aide au suicide, ce qui correspond à ce qu'on a déclaré au Comité sur le pourcentage de patients cancéreux canadiens dont il n'est pas possible de soulager la douleur.<sup>86</sup>

Le principe de l'autonomie et du choix individuel est la clé de l'approche néerlandaise de la phase terminale de la vie. Quand le Select Committee on Medical Ethics de la Chambre des lords britannique s'est rendu aux Pays-Bas pour y discuter de la question de l'euthanasie, le directeur adjoint de la Division de l'éthique médicale du ministère du Bien-être, de la Santé publique et de la Culture a déclaré ce qui suit :

Dame Cicely Saunders [la directrice du réseau britannique de soins palliatifs] a déclaré que, si besoin était, elle assommerait les patients avec des médicaments mais que, pour nombre d'entre eux, c'était une solution inacceptable. Ceux qui ne partagent pas sa foi chrétienne pourraient refuser de mourir dans de telles conditions et préférer l'euthanasie.<sup>87</sup>

Bien que les Néerlandais n'aient pas un système de soins palliatifs comme celui des Britanniques, c'est parce qu'ils l'ont voulu, plutôt que par négligence. Aux Pays-Bas, on s'efforce d'amener les soins palliatifs aux patients plutôt que l'inverse.<sup>88</sup> Globalement, les soins palliatifs font partie intégrante des autres aspects de l'infrastructure des soins de santé. Par exemple, il y a un réseau de centres de cancer dans tout le pays. Ces centres offrent aux organisations du secteur des soins de santé, aux hôpitaux, aux omnipraticiens et aux centres d'accueil les conseils ou les services de consultation de tous leurs spécialistes du cancer, y compris ceux des soins palliatifs.<sup>89</sup>

Comme l'a souligné le D<sup>r</sup> van Delden durant la vidéoconférence :

Nous n'avons pas d'établissements de soins palliatifs distincts. Il y en a quelques-uns, mais c'est l'exception. Les soins palliatifs font partie intégrante des autres services de santé. Ils sont donc intégrés dans l'hôpital. Nos foyers de soins jouent un rôle primordial à cet égard, de même que le médecin généraliste.

van Delden 21:28

Certains médecins qui désapprouvent l'euthanasie s'entendent pour dire que les soins palliatifs doivent être abordés différemment dans les Pays-Bas. Comme le fait remarquer le D<sup>r</sup> Zbigniew Zylicz, fondateur et directeur médical de l'Hospice Rosenheuvel :

84 Les Pays-Bas, Ministère du Bien-être, de la Santé et de la Culture, «Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government View», VDB 92-034, p. 8.

85 Heintz 21:17

86 van Delden 21:24

87 Chambre des lords, *op. cit.*, p. 67.

88 van Delden, «Euthanasia in the Netherlands», *op. cit.*, p. 24.

89 Heintz 21:28

En Grande Bretagne, on meurt davantage à l'hôpital et en établissement. C'est différent ici. Les Hollandais choisissent habituellement de mourir à la maison. En Hollande, les statistiques indiquent que 42 p. 100 des patients meurent chez eux, après avoir bénéficié de soins complets à domicile; au Canada et en Grande-Bretagne, ce chiffre n'est que d'environ 20 p. 100. [...] Il ne servira à rien de créer plus d'institutions. La Hollande n'a pas besoin de 40 ou 50 centres de soins palliatifs. Elle a besoin d'une nouvelle vision. Ce dont nous avons besoin, c'est de 30 à 50 conseillers en soins palliatifs qui peuvent travailler avec les médecins dans la collectivité et visiter les patients chez eux. Nous avons besoin de cours universitaires pour enseigner des méthodes avancées de soulagement de la douleur et des symptômes.<sup>90</sup>

D'autres médecins qui s'opposent à l'euthanasie croient qu'on devrait recourir davantage à la médecine palliative aux Pays-Bas, mais que des considérations économiques y font obstacle. Le D<sup>r</sup> Karl Gunning, un médecin néerlandais dont le Comité a entendu le témoignage avant la vidéoconférence, fait observer ce qui suit :

Vous avez entendu toutes sortes de témoignages au sujet de la médecine palliative, qui est quelque chose que nous tentons d'introduire en Hollande. Toutefois, nous ne sommes pas soutenus dans cet effort par le gouvernement alors même qu'un comité qu'il avait créé lui a remis un rapport indiquant que le traitement de la douleur, lorsqu'il est suffisant, répond au problème. Pourquoi le gouvernement hollandais n'a-t-il pas résolu le problème par le traitement de la douleur? Pourquoi a-t-il cru nécessaire d'introduire l'euthanasie? Pourquoi l'a-t-il légalisée? Je soupçonne qu'il y a derrière cela de puissants mobiles économiques.

*Gunning, 17:91*

### 1.5 L'opinion des médecins

Le D<sup>r</sup> Dirkyan Bakker est le seul des participants à la vidéoconférence à avoir déclaré s'opposer à l'euthanasie pour des raisons personnelles :

Mes convictions religieuses m'interdisent de pratiquer l'euthanasie. D'un autre côté, je suis membre de l'Association médicale néerlandaise et membre du petit groupe de médecins qui refuse de pratiquer l'euthanasie active.

Ce groupe de médecins éprouve des inquiétudes au sujet de l'euthanasie. Comme la loi, qui n'autorise pas l'euthanasie mais permet de la pratiquer dans certaines circonstances, est en train d'évoluer, nous craignons de mettre le doigt dans l'engrenage.

Nous craignons que, si l'euthanasie est définie de façon très précise, comme de nombreux patients ou médecins ne satisferont pas aux critères, la zone grise s'élargira beaucoup. Nous craignons que, si elle s'élargit et que les médecins ont davantage la possibilité de pratiquer l'euthanasie sur demande, nous mettrons encore une fois le doigt dans l'engrenage.

On discute actuellement beaucoup de l'euthanasie active. Nous sommes libres de la pratiquer ou non. La loi est là pour l'avenir. Les générations futures n'auront pas eu ces longs débats sur le problème de l'euthanasie. Si l'on fait davantage d'exceptions à la règle, l'exception finit par devenir la règle, et la règle voulant qu'on ne pratique pas l'euthanasie active peut devenir l'exception. C'est ce qui nous inquiète.

[...] Il faut avouer qu'aux Pays-Bas très peu de gens s'opposent à l'euthanasie active.

*Bakker 21:36 et 37*

---

90 Mullens, «A place where euthanasia is talked about but not offered», in *Euthanasia, op. cit.*, p. 33 et 34.



Les participants néerlandais ont aussi déclaré au Comité que l'euthanasie est toujours un acte difficile pour les médecins qui sont disposés à la pratiquer :

Je connais des médecins qui ont pratiqué l'euthanasie dix fois, et la dixième fois a été aussi difficile que la première. On le fait à la demande du patient, et c'est parce que le patient souffre, mais c'est toujours très difficile pour le médecin. C'est mon expérience.

*Leenen 21:67 et 68*

Quand on a demandé aux témoins néerlandais s'il y avait des médecins qui s'étaient dit qu'ils ne pratiqueraient plus jamais d'euthanasie, l'un d'entre eux a répondu :

C'est mon cas. La première fois que j'ai pratiqué l'euthanasie, j'ai dit que je ne le ferais plus jamais. Un de mes patients m'a plus tard demandé de le faire pour lui, et j'ai décidé que je ne pouvais pas lui refuser cela, peu importe ce que je ressentais. [...] Je le connaissais depuis presque dix ans, je connaissais aussi sa femme et sa famille.

*De Heer 21:68*

## 2.0 La situation juridique

Le P<sup>r</sup> Leo Meijers, avocat général de la Cour de cassation des Pays-Bas, était l'un des participants à la vidéoconférence. Il a décrit son rôle comme celui d'un «conseiller scientifique indépendant auprès de la Cour de cassation». M. Eugene Sutorius, un autre participant, est un avocat de la défense qui se spécialise depuis une dizaine d'années dans la législation néerlandaise sur l'euthanasie et qui est aussi juge délégué à la Cour d'appel d'Amsterdam et membre du comité d'éthique de l'Association médicale royale des Pays-Bas.

Comme on l'a souligné pendant la vidéoconférence,

les concepts que les Canadiens utilisent dans leur système de droit criminel sont très différents de ceux du système néerlandais qui, lui, découle du droit romain.

*Sutorius 21:39*

Par exemple, il n'y a pas de procès devant jury aux Pays-Bas. Les règles d'administration de la justice sont fixées essentiellement par le *Code de procédure civile* et par le *Code de procédure pénale*, bien que les dispositions relatives au droit administratif figurent dans diverses lois. La première instance est composée de 62 cours de canton et de 19 cours de district. On peut interjeter appel des décisions des cours de district devant cinq cours d'appel régionales, puis devant l'instance suprême, la Cour de cassation. Tous les juges sont nommés par la Couronne.

La Cour de cassation, dont le siège est à La Haye, comporte plusieurs divisions comprenant chacune cinq juges dirigés par un avocat général. Il y a 24 juges en tout. La Cour entend les appels fondés sur des vices de forme ou sur des erreurs de droit. Si elle admet un appel fondé sur un point de droit, il se peut que l'affaire doive être renvoyée à une instance inférieure pour que celle-ci vérifie comment les faits correspondent au droit tel que précisé par la Cour de cassation. Comme les tribunaux de première instance sont autonomes, ils ne sont pas liés par les arrêts de la Cour de cassation. Néanmoins, lorsqu'ils ne se conforment pas aux principes juridiques établis par le tribunal de dernière instance, on interjette appel de leurs décisions devant celui-ci, bien entendu. Par conséquent, ils tendent à respecter la jurisprudence établie par la Cour de cassation, même s'ils ne sont pas légalement tenus de le faire.<sup>91</sup>

Seul le Service du ministère public a le pouvoir d'intenter des poursuites au pénal. Il est composé du solliciteur général, de l'avocat général et des avocats généraux de la Cour de cassation, de cinq procureurs

généraux, avocats généraux et solliciteurs généraux des cours d'appel et enfin de 19 procureurs-chefs et des magistrats responsables des infractions routières qui siègent aux cours de district et aux cours cantonales, ce qui représente un effectif total de 250 juristes. La hiérarchie du Service se compare à celle du système judiciaire. L'avocat général est indépendant et nommé à vie. Il est consulté par la Cour de cassation dans toutes les causes présentées devant celle-ci et peut interjeter de son propre chef un appel «dans l'intérêt du droit».<sup>92</sup>

Le Service du ministère public jouit d'une très grande indépendance. La législation néerlandaise reconnaît le principe de l'opportunité plutôt que celui de la légalité. Autrement dit, le procureur n'est pas tenu de poursuivre à moins d'en recevoir l'ordre exprès d'une cour d'appel, du ministre de la Justice ou de l'avocat général. M. Sutorius a souligné l'importance du rôle du procureur aux Pays-Bas :

Le procureur peut dans une affaire décider, dans l'intérêt public, de ne pas tenter de poursuites en se fondant sur ce que nous appelons le «principe d'opportunité», ce qui lui confère une certaine liberté discrétionnaire. C'est pourquoi le ministre de la Justice a en dernier recours la responsabilité politique de décider s'il y a lieu ou non d'entamer des poursuites.

*Sutorius 21:39*

C'est ce pouvoir discrétionnaire du procureur — et en définitive du ministre de la Justice — qui rend possible l'approche néerlandaise unique en matière d'euthanasie et d'aide au suicide. Bien que les deux actes soient encore réputés illégaux en vertu du *Code pénal*, tout le monde sait qu'il n'y aura pas de poursuites, pourvu que certaines conditions soient respectées. Au Canada, les procureurs ont de grands pouvoirs discrétionnaires pour décider d'entamer des poursuites ou pas selon qu'ils estiment une condamnation probable, mais ils n'ont absolument aucun droit de refuser de poursuivre pour des raisons d'intérêt public quand ils sont convaincus qu'un crime a été commis et qu'il est prouvable. En outre, sauf quelques exceptions précises, les poursuites au pénal sont intentées par les procureurs provinciaux, de sorte qu'il serait extrêmement difficile d'imposer des lignes directrices nationales.

## 2.1 Définitions

Comme M. Sutorius l'a souligné lors de la vidéoconférence, il n'est pas facile de donner à propos des concepts néerlandais une définition juste et significative que les Canadiens pourraient comprendre<sup>93</sup>, ce qui cause bien des malentendus et des erreurs d'interprétation sur la situation qui existe aux Pays-Bas.

L'euthanasie est définie comme un acte criminel à l'article 293 du Code pénal des Pays-Bas, qui dispose que quiconque donne la mort à une autre personne à sa demande expresse et sérieuse est passible d'une peine d'emprisonnement maximale de douze ans ou d'une amende de catégorie cinq.

L'aide au suicide est elle aussi définie comme un acte criminel, à l'article 294 du Code pénal, qui prévoit que quiconque incite délibérément une autre personne à se suicider, l'aide à le faire ou lui en fournit les moyens est passible, si le suicide est effectivement commis, d'une peine d'emprisonnement maximale de trois ans ou d'une amende de catégorie quatre.

Ces définitions sous-entendent trois points importants. Premièrement, l'euthanasie et l'aide au suicide sont des actes; ils sont définis comme le fait de faire quelque chose (habituellement remettre un médicament à quelqu'un ou le lui administrer). La définition ne mentionne pas le fait de ne pas faire quelque chose — c'est-à-dire de ne pas entreprendre un traitement ou de

---

92 George Thomas Kurian, *Encyclopedia of the First World*, vol. II, p. 775 et 776.

93 Sutorius 21:39



l'interrompre (même pas en actionnant l'interrupteur d'un ventilateur). Deuxièmement, l'euthanasie et l'aide au suicide sont définis comme des actes volontaires (sur demande), ce qui exclut certains types de patients, tels que ceux qui sont dans le coma ou les nouveau-nés. Troisièmement, le terme «intentionnellement» est généralement interprété comme «ayant l'intention première de». Ainsi, un traitement contre la douleur — par exemple, de fortes doses de morphine — qui aurait pour effet secondaire d'abrégé la vie ne serait pas considéré comme une intervention euthanasique.<sup>94</sup>

Bien que l'euthanasie et l'aide au suicide n'aient pas les mêmes conséquences en droit, du point de vue moral, on ne fait généralement pas de distinction entre les deux aux Pays-Bas. Dans les deux cas, le médecin doit se conformer aux mêmes exigences de forme et de fond.<sup>95</sup>

Enfin, l'article 40 du Code pénal des Pays-Bas dispose que l'accusé peut présenter une défense contre une accusation au pénal s'il a été contraint à agir pour une raison dite d'*overmacht*. Cette défense a été décrite par le D<sup>r</sup> van der Wal pendant la vidéoconférence :

Le médecin doit agir dans un cas de force majeure. Il se trouve confronté à des obligations contradictoires : vis-à-vis du patient, en tant que dispensateur de soins, et vis-à-vis de la loi, en tant que civil. Les obligations professionnelles forcent le médecin à agir contre les dispositions officielles de la loi, mais conformément à la déontologie médicale et selon le désir explicite du patient qui compte sur lui.

van der 21:9

Comme le professeur émérite de médecine sociale et de droit H.J.J. Leenen l'a souligné dans son intervention, l'expression «force majeure» est une notion utilisée en droit civil — ou privé — en Amérique du Nord, mais pas en droit pénal. Le P<sup>r</sup> Leenen a donc déclaré qu'il serait préférable d'employer le mot «nécessité», qui a une connotation bien connue en droit pénal au Canada.<sup>96</sup> Un texte récent sur cette défense décrit la situation actuelle en *common law* :

En théorie, il s'ensuit que la défense de nécessité n'est pas interdite quand l'accusé est traduit devant les tribunaux pour ce qui équivaut à toutes fins utiles à tuer quelqu'un par pitié, même quand [...] la personne décédée n'a pas consenti à cet acte. Néanmoins, même si l'accusé est un médecin et la personne décédée son patient qui a réclamé une injection létale pour cesser de souffrir, la politique officielle d'application de la *common law* consiste à interdire la défense de nécessité afin de ne pas saper le principe d'interdiction de l'euthanasie volontaire active (ou, aussi bien, le suicide avec l'aide d'un médecin). En fait, dans les quelques cas de poursuites intentées contre des médecins accusés d'avoir tué par pitié, aucun des accusés n'a même invoqué une défense de nécessité.

Pour illustrer la politique, on évoque une affaire non publiée de 1992, *R. c. Cox*, dans laquelle le médecin avait été accusé de tentative de meurtre après avoir injecté une dose létale de chlorure de potassium à une patiente de 70 ans qui l'avait supplié de mettre fin à ses jours. La malade était percluse d'arthrite rhumatoïde compliquée par des ulcères d'estomac, de la gangrène et des ulcérations, au point que des doses quasi fatales d'héroïne n'arrivaient pas à la soulager. (Si le D<sup>r</sup> Cox n'a pas été accusé de meurtre, c'est que la patiente était si près de mourir que le pathologiste n'a pas pu prouver que la cause du décès était l'injection de chlorure de potassium.)

94 Gerrit van der Wal et Robert J.M. Dillman, «Euthanasia in the Netherlands», *British Medical Journal* 1994; 308 : 1346.

95 Professeur Johan Legemaate, «Legal Aspects of Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands 1973-94», document présenté à la Conférence européenne sur l'euthanasie et l'aide au suicide, Maastricht, 10 et 11 juin 1994, p. 1 (cette communication sera publiée dans le *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*).

96 Leenen 21:14 La défense de nécessité a été invoquée au Canada dans l'affaire *Latimer*.



[...]

L'accusé n'a toutefois pas tenté de défendre son acte en invoquant la nécessité (médicale). [...] Il n'avait donc aucune défense à présenter, de sorte que le juge a déclaré aux jurés que les preuves étaient écrasantes et qu'ils n'avaient d'autre choix que de reconnaître l'accusé coupable. C'est ce que le jury a fait, bien que plusieurs de ses membres aient pleuré quand le verdict a été rendu. Le D<sup>r</sup> Cox a écopé d'une sentence suspendue d'un an et, quoiqu'il ait été réprimandé par le Conseil médical général, il n'a pas été radié.

Bref, bien que la défense de nécessité médicale ait été reconnue dans les cas d'avortement, l'affaire *Cox* illustre la règle non écrite de *common law* selon laquelle on ne peut l'invoquer dans les cas d'euthanasie. Par contre, aux Pays-Bas, les instances judiciaires ont établi ce qui équivaut à une défense de nécessité médicale dans les cas où les médecins donnent des injections létales à des patients consentants ou les aident à se suicider.<sup>97</sup>

Les Néerlandais emploient aussi pour décrire la défense de nécessité le mot *noedtoestand*, qu'on peut traduire comme «cas de nécessité». Néanmoins, dans les cas d'euthanasie, la «nécessité» qui a été reconnue par les tribunaux néerlandais n'est pas générale, mais expressément médicale et par surcroît mesurée en fonction de l'état des connaissances médicales et des normes professionnelles des médecins. Il semble clair que personne d'autre qu'un médecin ne peut invoquer cette défense-là avec succès.<sup>98</sup> Pour résumer, disons que la défense néerlandaise de *noedtoestand* équivaut à reconnaître que, quand un médecin fait face à une situation d'urgence, le fait qu'il commet un crime est considéré comme moins grave que s'il avait respecté la lettre de la loi. Il n'y a pas d'autre solution raisonnable pour le médecin que d'enfreindre la loi l'intention du médecin est de soulager la souffrance et qu'il n'existe pas d'autre moyen.<sup>99</sup>

## 2.2 Interprétations judiciaires

Depuis l'arrêt *Postma*, en 1973, la série de poursuites intentées contre des médecins accusés d'euthanasie ou d'aide au suicide a amené les autorités judiciaires et médicales néerlandaises à adopter des lignes directrices résumant dans quelles conditions ces actes sont jugés acceptables. Dans l'arrêt *Postma*, une médecin a été jugée coupable d'avoir donné une injection létale à sa mère âgée de 79 ans, après que celle-ci lui eut plusieurs fois demandé de mettre fin à ses souffrances. L'accusée a été mise en probation pour un an mais, en raison des circonstances, l'arrêt a généré énormément de sympathie pour elle, au point que l'Association médicale royale des Pays-Bas a produit un document de travail sur la question. Par ailleurs, la Cour a fixé plusieurs conditions à respecter avant qu'un accusé puisse être exonéré d'une accusation d'euthanasie.

En 1984, deux événements ont accéléré l'évolution de la politique néerlandaise sur l'euthanasie. Premièrement, l'Association médicale royale des Pays-Bas a annoncé sa politique d'euthanasie dans son journal officiel. Ensuite, la Cour de cassation a jugé, dans l'arrêt *Schoonheim*, qu'un médecin peut être acquitté d'une accusation d'euthanasie lorsqu'il est aux prises avec un conflit insoluble entre (1) son devoir de respecter la loi et (2) son devoir de soulager les souffrances d'un patient en mettant fin à une vie de souffrances intolérables et irréversibles. Le D<sup>r</sup> Schoonheim avait euthanasié une patiente de 95 ans qui avait toute sa tête, mais dont l'état physique se détériorait continuellement. Depuis qu'elle avait dû être alitée dans un centre d'accueil, la patiente avait régulièrement demandé de mourir. Pendant la dernière semaine de sa vie, elle était devenue incapable d'avaler des liquides ou de parler, et elle perdait périodiquement connaissance. Elle avait recouvré en partie l'usage de la parole et s'était alors dite horrifiée d'être toujours en vie, puis avait supplié

---

97 Sniderman et Verhoef, *op. cit.*, p. 6 à 9.

98 John Griffiths, Faculté de droit de l'Université de Groningue, texte inédit, p. 1.

99 Barney Sniderman, «Euthanasia: Law Reform and Social Policy», dans *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?*, *op. cit.*, p. 9.

son fils de l'aider à exécuter son vœu maintes fois réitéré.<sup>100</sup> Après des discussions avec la patiente, sa famille et un jeune collègue, le D<sup>r</sup> Schoonheim a fini par obtempérer. L'année suivante, une cour de district s'est inspirée des lignes directrices énoncées dans l'arrêt *Schoonheim* pour acquitter le D<sup>r</sup> Admiraal, accusé d'avoir causé la mort d'un patient de 34 ans atteint de sclérose en plaques, qui n'était pas en danger imminent de mourir même s'il était totalement paralysé et souffrait atrocement.

Le système néerlandais de poursuites judiciaires, tout comme celui du Canada, n'est pas sans faille. Ainsi, l'affaire *der Terp*, dans laquelle un médecin avait été accusé d'avoir tué plusieurs patients d'un centre d'accueil, s'est terminée par un acquittement. Dans plusieurs articles, on a considéré que ce verdict mettait en cause l'approche néerlandaise en matière d'euthanasie et confirmait l'existence de la «pente glissante».

Un cas que l'on cite toujours dans la littérature internationale est l'affaire *der Terp* dans laquelle un médecin a tué des patients d'un foyer de soins sans qu'ils n'en aient fait la demande comme l'exigent les règles. C'est la cause à laquelle le P<sup>r</sup> Legemaate a fait allusion. Dans ce cas, la poursuite a commis une erreur. Elle a présenté au tribunal des dossiers qui n'étaient pas recevables à cause du secret médical. Le tribunal a dû rejeter l'affaire, non pas parce qu'il approuvait les actes du médecin, mais à cause de l'erreur de droit commise.

*Leenen 21:35*

## 2.3 Réactions politiques et législatives

À la suite de l'arrêt rendu en 1984 par la Cour de cassation, les autorités néerlandaises ont tenté à plusieurs reprises de légiférer sur l'euthanasie. En 1986, 1987 et 1993, on a présenté des projets de loi qui auraient établi des critères à ce sujet, soit dans le *Code pénal*, soit dans la *Loi sur la pratique de la médecine*. Aucun d'entre eux n'a été adopté.<sup>101</sup>

Deux avant-projets de loi sur l'euthanasie ont, au début de 1988, été présentés au Parlement. Après les élections générales de 1989, le nouveau gouvernement de coalition a décidé qu'une enquête nationale s'imposait avant qu'une loi sur l'euthanasie puisse être adoptée.

En janvier 1990, le ministre de la Justice et le secrétaire d'État au Bien-être, à la Santé et à la Culture ont créé une commission d'enquête sur la pratique médicale en matière d'euthanasie (la Commission Remmelink). Une équipe de recherche indépendante, dirigée par le P<sup>r</sup> P.J. van der Maas, a été chargée de mener une vaste enquête sur l'état de la question. Pour favoriser la coopération de l'Association médicale royale des Pays-Bas, le ministère de la Justice a garanti l'immunité aux médecins qui participeraient à l'étude et accepté une procédure de déclaration dans les cas d'euthanasie et d'aide au suicide :

Le médecin ne remplit pas de déclaration de mort naturelle; il avise le coroner, au moyen d'un questionnaire détaillé, et le coroner fait rapport au ministère public, qui décide s'il y a matière à poursuites.<sup>102</sup>

La procédure de déclaration avait pour but d'harmoniser les politiques des diverses régions du pays en matière de poursuites et de supprimer certaines méthodes d'enquête, telles que l'interrogation des parents dans les heures suivant la mort, qui dissuadaient les médecins de déclarer ce genre de décès.<sup>103</sup>

100 Sneiderman et Verhoef, *op. cit.*, p. 14.

101 Chambre des lords, *op. cit.*, p. 65.

102 van der Wal et Dillman, *op. cit.* (1994), p. 1347.

103 Legemaate, *op. cit.* (1994), p. 5.



Le gouvernement a donné suite aux recommandations de la Commission Rammelink, qui a déposé son rapport en septembre 1991, en présentant un projet de loi destiné à faire adopter les lignes directrices facultatives de 1990. Comme la Commission l'avait recommandé, la procédure de déclaration a été étendue à l'intervention active du médecin dans le cadre de ses soins aux mourants sans qu'il y ait eu de demande explicite du patient, sauf dans les situations où les fonctions vitales avaient déjà commencé à flancher de façon irréversible.<sup>104</sup>

Dans des articles récents, des dirigeants de l'Association médicale royale des Pays-Bas ont critiqué cet élargissement de la procédure de déclaration, car cela donne l'impression qu'enlever la vie à quelqu'un sans en avoir reçu la demande expresse peut être aussi acceptable que l'euthanasie et l'aide au suicide. Pourtant, alors que ces deux actes respectent le rôle crucial de l'autodétermination, il est beaucoup plus difficile de légitimer le fait de faire mourir un patient qui ne l'a pas demandé.<sup>105</sup>

La nouvelle loi 22572 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1994. Comme elle ne modifie pas le *Code pénal*, l'euthanasie reste un acte criminel. En effet, la nouvelle loi modifie plutôt la *Loi de 1955 sur les enterrements* (la loi sur la disposition des morts), de manière à préciser la déclaration requise. Lorsque la procédure est suivie correctement et que les critères établis sont respectés, les autorités ont pour politique de ne pas poursuivre. Par contre, la déclaration est désormais obligatoire, et le médecin qui ne la fait pas peut être poursuivi.

Quand une mort n'est pas naturelle, le médecin doit le signaler et, en pareil cas, suivre la procédure de déclaration. Le médecin peut passer outre à cette procédure seulement lorsque les causes du décès sont mal indiquées. En effet, il s'agit d'une procédure obligatoire.

*Dillman 21:56*

Pour se conformer aux dispositions de la *Loi sur les enterrements* touchant l'aide au suicide et l'euthanasie, le médecin doit rédiger un rapport complet à partir d'un long questionnaire et le soumettre au coronier municipal, qui le transmet au procureur local. Ce dernier étudie chaque dossier en se fondant sur la loi et sur la jurisprudence. Toutes ses décisions sont régulièrement passées en revue par un comité des sollicitateurs généraux de chacune des cinq cours d'appel. Le ministre de la Justice a la responsabilité ultime de décider, dans tous les cas, s'il y a lieu de poursuivre ou non.<sup>106</sup>

Pour répondre au questionnaire, le médecin doit non seulement donner le dossier médical, mais aussi indiquer si le patient a exprimé sa demande «librement, explicitement, d'une manière réfléchie et constante». De plus, il est tenu d'expliquer quand et à qui la demande a été présentée la première fois, puis réitérée, de préciser s'il existe une déclaration écrite de la volonté du patient (directive préalable), d'exposer les faits prouvant que le patient était parfaitement conscient de l'importance de sa demande et de son état, enfin, de dire s'il a obtenu l'opinion de la famille ou pourquoi il ne l'a pas consultée. Si le patient souffrait de troubles mentaux, le médecin est tenu de fournir des renseignements supplémentaires, comme de préciser si d'autres traitements médicaux ou psychiatriques étaient possibles et de prouver que le patient les a refusés.

Lorsqu'il n'y a pas de demande expresse du patient, le médecin doit dire pourquoi, préciser s'il y a eu d'autres communications avec le patient sur sa mort, qui a abordé la question le premier et à quel moment. Il doit exposer toute autre considération ayant servi à arrêter sa décision médicale et à déterminer le moment de son intervention.<sup>107</sup>

104 Ministère du Bien-être, de la Santé et de la Culture des Pays-Bas, «Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government View», VDB 92-034, p. 7.

105 Legemaate, *op. cit.* (1994), p. 9; van der Wal et Dillman, *op. cit.* (1994), p. 1348.

106 Chambre des lords, *op. cit.*, p. 64.

107 Décret du 17 décembre 1993, ministère de la Justice.



Les critères qui se dégagent des arrêts judiciaires et des lignes directrices sur l'exercice de la profession médicale portent sur le fond et sur la forme :

### Lignes directrices fondamentales

- la demande d'euthanasie émane du patient et est entièrement volontaire, réfléchie et persistante;
- le patient a suffisamment d'information sur sa situation médicale, sur le pronostic et sur les divers traitements possibles;
- même si le patient n'est pas nécessairement en phase terminale, ses souffrances sont intolérables et la situation, désespérée;
- on a envisagé d'autres solutions pour soulager les souffrances du patient et on les a jugées inefficaces, déraisonnables ou inacceptables pour le patient;

### Lignes directrices formelles

- l'euthanasie est pratiquée par un médecin qui a consulté un collègue au jugement indépendant;
- le médecin exerce une diligence raisonnable, et le cas est rapporté par écrit;
- le décès n'est pas signalé au médecin légiste comme une mort naturelle.<sup>108</sup>

Ce sont là les conditions officielles, mais il existe aussi des ressources locales ou officieuses auxquelles les médecins peuvent ou doivent avoir recours.

[...] le médecin traitant peut, par exemple, aller demander conseil à l'inspecteur de la santé. S'il le préfère, il peut s'adresser à l'Association médicale néerlandaise, au procureur du district ou au médecin légiste. Dans de nombreux districts du pays, 24 heures avant de procéder à l'euthanasie, le médecin doit consulter le médecin légiste qui joue le rôle d'intermédiaire entre le corps médical et le système juridique.

*Dillman 21:16*

Même dans les cas où le médecin n'est pas poursuivi en vertu du *Code pénal*, il peut être reconnu coupable de faute professionnelle par un tribunal de discipline médicale. Aux Pays-Bas, ces tribunaux ne sont pas seulement des organismes disciplinaires, mais bien des cours de justice régies par la loi.<sup>109</sup> Lors de la vidéoconférence, M. Sutorius a souligné qu'il est arrivé plusieurs fois qu'un médecin fasse l'objet d'une poursuite au pénal et qu'il doive en outre répondre à des accusations devant un tribunal de discipline.

Après dix ans, on compte neuf ou dix cas relevant du système criminel et cinq ou six cas qui ont fait l'objet de décisions du tribunal disciplinaire. Dans l'ensemble, les décisions sont cohérentes.

Dans l'affaire *Chabot*, il vous intéressera peut-être de savoir que notre inspecteur de la santé publique a déposé une plainte de son propre chef, après que la Cour de cassation de notre pays eut déclaré M. Chabot coupable sans lui avoir imposé de sanction. Cette cause sera maintenant entendue devant un tribunal disciplinaire, ce qui ne plaît pas au D<sup>r</sup> Chabot parce que les tribunaux sont saisis de cette question depuis déjà plusieurs années. Mais ce sont des choses qui arrivent.

C'est peut-être là une indication du malaise qui s'est développé dans notre société à cause de cette affaire.

*Sutorius 21:61*

108 Sutorius 21:42

109 Leenen 21:64.

Pendant la vidéoconférence, les témoins néerlandais semblaient pencher nettement pour des mesures législatives plutôt que pour un droit établi par les tribunaux. Même s'il sera sans doute difficile — sinon impossible — pour les Pays-Bas d'arriver à une solution législative en raison du contexte politique actuel, ces témoins sont globalement tombés d'accord avec les membres du Comité sénatorial pour dire que la meilleure façon de régler le problème, c'est de laisser les politiciens plutôt que les tribunaux s'en charger.

Le problème, c'est que [la société néerlandaise] renferme de multiples courants d'opinion. Les Démocrates-Chrétiens sont contre l'euthanasie. Les Catholiques sont en général en faveur. Pourtant, officiellement, l'Église épiscopale, l'Église catholique romaine et le Parti démocrate-chrétien s'opposent à l'euthanasie. En général, ils détiennent le tiers des sièges au Parlement. Jusqu'à il y a 50 ans, les Démocrates-Chrétiens ont toujours formé le gouvernement et refusé de légiférer en matière d'euthanasie. Le Parlement était incapable d'adopter une loi en ce sens. La jurisprudence de la Cour de cassation fut le seul moyen d'y parvenir.

*Leenen 21:53*

### 2.4 Souffrance psychologique ou mentale

Aux Pays-Bas, on a relevé récemment plusieurs cas mettant en cause des médecins qui ont aidé un patient à se suicider à cause de souffrances psychiatriques ou mentales. C'est dans ce secteur que l'évolution de la politique néerlandaise a le plus prêté à controverse, aussi bien dans l'opinion publique locale que dans les témoignages entendus par le Comité. M. Sutorius a résumé la situation juridique actuelle de la façon suivante :

Aux Pays-Bas, nous avons fini par reconnaître que la souffrance est toujours mentale, même si sa source est physique. La souffrance est un processus mental.

Nous avons également reconnu que les souffrances psychiatriques sont beaucoup moins d'ordre physique, et que la possibilité d'un traitement de rechange est plus difficile à exclure. Tout le monde a convenu aux Pays-Bas que l'on ne devait pas adopter la même attitude [à cet égard] qu'en ce qui concerne la souffrance physique.

La Cour de cassation s'est trouvée piégée par le principe de l'égalité. [...] À l'évidence, la souffrance peut être aussi grande et insupportable lorsqu'elle est d'origine psychiatrique que lorsqu'elle est causée par un cancer terminal. Il n'y avait nullement lieu d'exclure les catégories de personnes qui souffrent et qui demandent à mourir.

Il est important de signaler que la Cour de cassation de notre pays a reconnu qu'il ne fallait pas établir de distinction entre les souffrances d'un malade psychiatrique et celles d'un malade physique. En outre, lorsque l'on parle de psychiatrie, il ne faut pas essayer de déterminer s'il s'agit d'une maladie ou d'un traumatisme.

*Sutorius 21:52 et 53*

Néanmoins, la démarche qui a abouti à ces conclusions n'a été ni facile, ni unanime. En 1990, un pédiatre, le D<sup>r</sup> Kors, a aidé Maria S., une anorexique de 25 ans, à se suicider. Le D<sup>r</sup> Kors avait commencé à soigner cette patiente en 1974, alors qu'elle avait huit ans. Malgré une thérapie énergique, son état ne s'était pas amélioré. En mai 1990, le jeune frère de la patiente s'est suicidé en s'asphyxiant et, aux funérailles, Maria a annoncé qu'elle avait l'intention de se suicider elle aussi. Elle avait déjà demandé au D<sup>r</sup> Kors de l'aider mais, après les obsèques de son frère, elle a refusé d'être encore nourrie par gavage ou hospitalisée. Elle ne pesait que 19 kilos et souffrait continuellement de nausées et d'atroces douleurs gastriques. Un psychiatre qui l'avait traitée l'a vue de nouveau à ce moment-là : il a conclu qu'elle était saine d'esprit et qu'aucun traitement ne pourrait soulager sa souffrance mentale. Le D<sup>r</sup> Kors a fourni à Maria une dose létale de sécobarbital, qu'elle a absorbée cinq jours après avoir réalisé une vidéo expliquant son désir de mourir.



Quand le D<sup>r</sup> Kors a été accusé d'avoir aidé sa patiente à se suicider, son avocat, M. Sutorius, a déclaré que la Constitution des Pays-Bas contenait une disposition garantissant l'égalité en droit qui interdit de limiter le recours à l'euthanasie ou à l'aide au suicide aux seuls malades souffrant de troubles physiques.

Si l'on part du principe que le problème, c'est que la souffrance de la patiente est insoutenable et incurable, il est inutile de s'interroger sur la cause de son état. Ce qui compte, c'est le fait qu'elle souffre, et pas la cause de la souffrance. Après tout, que la patiente souffre d'un cancer, de sclérose en plaques ou d'une âme torturée dans un corps sain, la souffrance est un processus mental dont la gravité n'est pas fonction de son origine dans le corps ou dans l'esprit. En effet, dans un cas comme dans l'autre, continuer à exister peut être pour la patiente vivre un enfer auquel elle ne saurait échapper qu'avec l'apaisement de la mort. En outre, puisque la politique sur l'euthanasie repose sur les deux piliers de la bienfaisance et de l'autonomie, la patiente lucide dont les souffrances ne sont pas physiques a sûrement autant de droits que celle qui souffre d'un trouble physique. Dans un cas comme dans l'autre, l'euthanasie est un acte de bienfaisance, parce qu'elle permet à la patiente de mettre fin à une existence dont les affres l'emportent sur les avantages...

La Cour a conclu sur la preuve que les lignes directrices médico-légales avaient été respectées, que la patiente ne souffrait pas de psychose, qu'elle était lucide, que son désir de mourir était réfléchi et persistant, que sa décision de mourir était libre, que ses souffrances étaient constantes et intolérables, et qu'il n'y avait pas de traitement raisonnable susceptible d'améliorer son état.<sup>110</sup>

Dans une autre affaire qui avait commencé en 1985 par un décès, mais dont la conclusion judiciaire n'a été atteinte qu'en 1994, un psychiatre, le D<sup>r</sup> Duintjer, a été accusé d'avoir aidé une patiente de 50 ans à se suicider. Martha N. était mariée et avait deux enfants adultes, mais elle était dépressive et alcoolique depuis 25 ans. Pendant les dernières années de sa vie, elle avait subi des périodes insoutenables de dépression et avait tenté plusieurs fois de se suicider. En 1983, elle a bu un nettoyant domestique qui lui a causé des lésions aux cordes vocales; en 1984, elle a tenté de s'immoler par le feu et, quelques mois plus tard, elle s'est jetée par la fenêtre d'un deuxième étage; en 1985, elle a absorbé une surdose de sédatifs qu'elle s'était procurés en falsifiant une ordonnance. Et, maintes fois, elle avait demandé au D<sup>r</sup> Duintjer et à son médecin de famille de l'aider à se suicider.

À la fin, en 1985, le D<sup>r</sup> Duintjer était disposé à reconnaître qu'il n'y avait aucun traitement pouvant soulager sa patiente. Il était clair qu'elle voulait désespérément mourir, pas seulement pour elle, mais aussi pour mettre fin au stress constant que son état imposait à sa famille. En outre, elle comprenait clairement sa situation et elle était assez saine d'esprit pour demander une aide médicale afin d'abrégé ses jours.<sup>111</sup>

Les médecins avaient fait intervenir le pasteur de la patiente. Après plusieurs rencontres, il en était lui aussi venu à la conclusion que c'était sans espoir et que les médecins avaient le droit d'aider Martha N. dans ses tentatives déterminées pour mourir. Bien que la poursuite ait été compliquée par divers points techniques, la Cour a rejeté l'argument que les malades psychiatriques sont par définition incapables et ne peuvent donc pas être admissibles à l'euthanasie.

Le cas le plus récent — et celui qui a reçu le plus de publicité — est l'affaire *Chabot*. La patiente était Hilly Boscher, une travailleuse sociale de 50 ans qui adorait ses deux fils. Quatre ans après le suicide de l'aîné par suite d'une peine d'amour, le plus jeune a été atteint du cancer. Le jour de sa mort, M<sup>me</sup> Boscher a tenté de se suicider. Après avoir tenté sans succès, à plusieurs reprises, d'obtenir une dose létale de médicaments,

110 Sneiderman et Verhoef, *op. cit.*, p. 21 et 22.

111 *Ibid.*, p. 23.



elle a communiqué avec la Société néerlandaise d'euthanasie volontaire, qui l'a mise en communication avec le D<sup>r</sup> Chabot.

En sa qualité de psychiatre expérimenté et respecté, le D<sup>r</sup> Chabot était particulièrement fier des nombreux patients suicidaires qu'il avait aidés à retrouver goût à la vie. Lors de leur première rencontre, M<sup>me</sup> Boscher a beaucoup insisté sur le fait qu'il lui était intolérable de continuer à vivre.

Même si elle maintenait que la vie n'avait plus aucun intérêt pour elle, elle a consenti à entreprendre une thérapie avec le D<sup>r</sup> Chabot. À sa suggestion, elle a aussi tenu un journal dont elle a partagé le contenu avec lui. Les séances de thérapie et le journal révèlent que la patiente ne démordait pas de sa détermination de mourir.

Comme on l'a déjà dit, elle a refusé de prendre des antidépresseurs et de se prêter à une «thérapie de deuil». Elle a déclaré au D<sup>r</sup> Chabot qu'elle n'était tout simplement pas disposée à s'engager à travailler avec lui pour changer sa perception désespérée de la vie. Elle a maintenu qu'elle était la femme qu'elle était et qu'elle ne pouvait pas s'imaginer devenir une autre personne.

Le 30 août, elle a dit au D<sup>r</sup> Chabot qu'elle avait des sédatifs et lui a demandé si, avec de l'alcool, la dose serait mortelle. Quand il lui a répondu qu'il ne le pensait pas, elle l'a supplié de lui prescrire du Vesperax [un puissant médicament pour dormir, à base de barbituriques] en lui disant qu'elle ferait exécuter son ordonnance dans diverses pharmacies jusqu'à ce qu'elle se soit procuré une dose suffisante pour s'enlever la vie. Le D<sup>r</sup> Chabot a répliqué : «Si j'aide quelqu'un à mourir, ce ne sera pas en cachette.»

Après avoir déclaré le cas aux autorités, le D<sup>r</sup> Chabot a envoyé à un journal psychiatrique néerlandais une lettre dans laquelle il disait : Je ne sais pas si j'ai bien agi... mais je crois que j'ai opté pour le moindre de deux maux. Nous ne pouvons plus contourner la question de savoir si, dans certaines circonstances, on devrait permettre aux gens de mourir au moment et de la façon qu'ils jugent souhaitables.<sup>112</sup>

Après avoir fait étudier la transcription de ses séances de thérapie avec la patiente par sept collègues expérimentés, qui avaient tous conclu que c'était sans espoir, le D<sup>r</sup> Chabot avait décidé que le moindre des deux maux consistait à donner à M<sup>me</sup> Boscher les moyens de se suicider sans souffrir, avec le moins de violence possible. À son procès, il a témoigné qu'il n'était pas question dans ce cas-là de maladie psychiatrique ou d'un désordre dépressif majeur.

La patiente ne souffrait ni de troubles physiques, ni d'une maladie mentale, mais l'avocat de la défense Sutorius a maintenu que l'affaire s'inscrivait bel et bien dans le cadre des principes médico-éthiques d'autodétermination (autonomie) et de compassion (bonté) qui sont les deux piliers de la politique néerlandaise d'euthanasie. Sur le premier des deux principes, il a allégué que le respect pour la personne l'emporte sur le devoir du médecin de préserver la vie; sur le second, il a déclaré que le devoir d'apaiser des souffrances intolérables et irrémédiables l'emporte lui aussi sur le devoir de préserver la vie.<sup>113</sup>

La Cour de cassation a accepté le principe que la souffrance morale peut être suffisante pour justifier l'aide au suicide, mais elle a émis des réserves. En l'occurrence, elle a cassé le verdict d'acquiescement du D<sup>r</sup> Chabot et a jugé l'accusé coupable parce qu'aucun des psychiatres qu'il avait consultés n'avait personnellement examiné la patiente. Par ailleurs, compte tenu des circonstances, elle s'est abstenue d'imposer une peine, ce qui est l'équivalent d'une absolution inconditionnelle ou absolution sous condition au Canada.

---

112 *Ibid.*, p. 27 à 31.

113 *Ibid.*, p. 31.

Lors de la vidéoconférence, le D<sup>r</sup> Leenen a signalé quatre aspects importants de l'arrêt *Chabot*. Premièrement, bien qu'il y ait eu des divergences d'opinions quant à savoir si la patiente était une malade psychiatrique, la Cour a jugé que même une malade psychiatrique pouvait être apte à demander qu'on l'aide à se suicider. Deuxièmement, les personnes qui ne sont pas des malades psychiatriques mais sont affligées de douleurs mentales graves et irréductibles ont le même droit que les autres patients. Troisièmement, il faut prendre grand soin de suivre les lignes directrices à la lettre, notamment en faisant examiner personnellement le patient par un deuxième médecin quand il s'agit de souffrances non physiques ou, si l'on préfère, mentales. Enfin, quatrièmement, la Cour a confirmé qu'il n'est pas nécessaire que le décès soit imminent pour que la défense de nécessité puisse être invoquée<sup>114</sup>

Le D<sup>r</sup> Leenen a souligné que les malades psychiatriques (ou les personnes qui ne sont pas des patients, mais qui souffrent beaucoup) posent un problème particulièrement épineux. En 1993, l'Association médicale royale des Pays-Bas a rendu public un rapport dans lequel elle insistait sur la difficulté de déterminer si un malade psychiatrique peut assumer une décision aussi importante.

À mon avis, et selon M. Meijers et le comité gouvernemental, il est possible pour un malade psychiatrique de prendre une décision de cette nature; il faut toutefois faire très attention car le désir de mourir peut résulter d'une maladie psychiatrique, et il faut à ce moment-là soigner la maladie et non mettre fin à la vie du patient. C'est une situation toujours difficile à évaluer. Néanmoins, la Cour de cassation n'a pas exclu ce facteur, mais elle a indiqué à trois reprises dans sa décision qu'il était très important de faire preuve de prudence. Il est assez exceptionnel que la Cour de cassation fasse de telles mises en garde aux médecins.

*Leenen 21:48*

En réponse à une question sur l'incidence de la dépression chez les mourants, le D<sup>r</sup> Heintz a déclaré qu'il est très fréquent que les mourants soient déprimés. Aux Pays-Bas, quand on constate une dépression en milieu hospitalier, on demande toujours à un psychiatre de voir le patient. Si la dépression peut être soignée et que le patient accepte le traitement, c'est la solution privilégiée.

Le diagnostic et le traitement de la dépression sont un élément essentiel des soins donnés aux patients en phase terminale. À cet égard, nous soignons ces patients, mais ce n'est pas tout le monde qui accepte. Nous respectons d'abord les derniers souhaits du patient.

*Heintz 21:17*

Toutefois, dans le cas d'un malade psychiatrique, la notion des traitements de rechange et du droit de refuser le traitement se complique beaucoup. Comme le P<sup>r</sup> Leenen l'a souligné, il est peu probable qu'on permette au malade psychiatrique de refuser le traitement médical, ce qui est une dérogation majeure à la règle normale du consentement. Le patient doit accepter le traitement s'il en existe un, à moins qu'il soit déraisonnable, compte tenu de toutes les circonstances, de s'attendre à ce qu'il l'accepte.<sup>115</sup> Par contre, si le patient souffre de troubles physiques et refuse le traitement, on ne peut plus parler de traitement de rechange, parce que le patient ne peut pas être traité contre sa volonté. Toutefois, dans le cas des malades psychiatriques et des patients qui souffrent mentalement, le refus d'un traitement de rechange réaliste aura vraisemblablement pour conséquence qu'on refusera de les aider à se suicider.

Les conclusions de la Cour de cassation dans l'arrêt *Chabot* peuvent être résumées de la façon suivante :

1. L'aide au suicide peut être légalement justifiable dans le cas d'un patient dont la souffrance n'est pas physique et qui n'est pas en phase terminale.

114 Leenen 21:47 à 49

115 Leenen 21:50



2. La personne souffrant de troubles ou d'un désordre psychiatriques peut quand même exprimer un désir de mourir résultant légalement d'un jugement autonome, c'est-à-dire pris en toute liberté par une personne capable.
3. Toutefois, la souffrance éprouvée par cette personne ne peut pas en principe être considérée comme «incurable», si l'intéressé a refusé un traitement de rechange réaliste.
4. En pareil cas, pour que les exigences légales de la consultation soient respectées, il faut qu'un «collègue indépendant» du médecin qui aide le patient à se suicider ait personnellement examiné ce dernier.<sup>116</sup>

Plusieurs des participants à la vidéoconférence ont souligné que la Cour de cassation semblait avoir des réticences à trancher la question de l'aide au suicide pour soulager des souffrances morales. M. Sutorius a conclu que la Cour de cassation des Pays-Bas

a suivi le même cheminement qu'en 1984, tout en signalant à la société qu'il s'agissait là de la limite au-delà de laquelle elle refusait d'aller.

*Sutorius 21:53*

Il semble clair, d'après ce que des témoins ont déclaré au Comité, que les cas d'aide au suicide pour soulager des souffrances mentales ou psychologiques sont particulièrement troublants. Bien des groupes et des gens ont du mal à accepter l'idée que des médecins puissent faciliter le suicide de patients qui n'ont ni une maladie en phase terminale, ni des souffrances physiques particulières.

Ces cas-là ont perturbé de nombreux partisans néerlandais de l'euthanasie, qui ont déclaré que l'affaire était peut-être poussée trop loin. On semble penser qu'une demande comme celle-là devrait inciter le médecin à répondre, en substance : «Je ne tourne pas votre souffrance en ridicule et je ne la nie pas non plus mais, si vous êtes si malheureux que ça, ayez un peu d'initiative et trouvez le moyen de vous tuer vous-même. Après tout, vous pouvez lire *Final Exit*, le bestseller de Derek Humphrey, pour savoir comment faire. Cela dit, ne me demandez pas de vous donner la réponse. Je suis à votre service, mais je n'irai pas plus loin — à titre de médecin, je n'ai pas à donner des drogues létales afin de guérir définitivement le chagrin.»<sup>117</sup>

Beaucoup de personnes pensent maintenant, après l'affaire Chabot, qu'il sera facile pour les gens qui souffrent psychologiquement d'obtenir qu'on les aide à mourir. Il n'en est rien, dit Martine Corneliesse, coordonnatrice des services aux membres de la Netherlands Voluntary Euthanasia Association. Ils auront même plus de difficulté à obtenir une telle aide. Les psychiatres sont très prudents dans ce domaine et la publicité entourant l'affaire Chabot les a mis encore plus sur leurs gardes. La décision de ce médecin a été critiquée dans notre plus prestigieuse revue de santé mentale. Aucun psychiatre ne s'est rangé de ce côté.<sup>118</sup>

## 2.5 Autres aspects juridiques

L'euthanasie doit être demandée par une personne capable de décision, ce qui signifie que les nouveau-nés gravement handicapés, les patients dans le coma ou les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'y sont pas admissibles. Si le nouveau-né est dans un état de santé très précaire et qu'il est incurable, le médecin a le droit de refuser le traitement ou de l'interrompre, parce qu'il serait futile. Après de longues discussions

---

116 Griffiths, *op. cit.*, p. 9.

117 Sniderman, *op. cit.*, p. 15 et 16.

118 Mullens, «The Dutch way of death», in *Euthanasia, op. cit.*, p. 20.



entre la famille et l'équipe médicale, on peut décider d'interrompre un traitement médical inutile. Si, contre toute attente, le bébé ne meurt pas et qu'on ne peut pas soulager sa douleur, la situation est délicate.

Du point de vue juridique, le principe de la nécessité s'applique encore. Les obligations du médecin sont contradictoires. Le bébé souffre beaucoup de douleurs incessantes, mais le médecin n'a pas le droit de mettre fin à la vie de ce nouveau-né gravement handicapé. S'il est incapable de soulager la douleur, il peut invoquer la règle de la nécessité que prévoit notre Code pénal. Cela se passe environ quatre fois par an [aux Pays-Bas].

*Leenen 21:18*

Il ne s'agit pas dans ces cas-là d'euthanasie (d'après les normes néerlandaises), mais bien de cas ponctuels de conflits professionnels à l'égard desquels peut s'exercer le pouvoir discrétionnaire d'intenter des poursuites. L'Association médicale royale des Pays-Bas donne des conseils d'éthique aux médecins confrontés à de telles situations, mais cela ne change nullement la loi. L'interruption du traitement des patients qui sont dans un état végétatif persistant est légale, parce que le traitement est inutile. Là encore, il y a des critères à respecter en matière de consultation et de mesures de protection. L'alimentation artificielle est considérée comme un traitement médical, et les tribunaux ont accepté qu'elle soit interrompue pour ce type de patients.<sup>119</sup>

On n'a pas encore décidé si quelqu'un peut demander l'euthanasie dans une directive préalable ou un testament biologique :

Nous n'avons pas encore eu de cas d'euthanasie pratiquée par un médecin en application d'un testament biologique. Bien qu'il n'y ait pas en ce moment en Hollande de loi qui reconnaisse la légalité de la notion de directive préalable du patient, nous savons que les médecins interrompent des traitements destinés à prolonger la vie conformément à des directives de ce genre. Cela dit, que se passerait-il dans le cas d'un testament biologique réclamant l'euthanasie dans certaines circonstances (p. ex. un état végétatif persistant ou un stade avancé de la maladie d'Alzheimer)? À mon avis, le tribunal saisi d'une affaire comme celle-là déciderait vraisemblablement que le médecin a bien agi, à condition que des témoins attestent que le testament biologique correspondait effectivement à la volonté du patient.<sup>120</sup>

Même si les membres de la famille ou les amis d'un patient incapable ne peuvent pas demander l'euthanasie en son nom, quelqu'un qui a rédigé une directive préalable pour demander l'euthanasie peut charger un remplaçant d'interpréter la demande formulée dans la directive.<sup>121</sup>

Par ailleurs, s'il est vrai que des gens de l'étranger se renseignent sur la possibilité d'aller aux Pays-Bas pour y obtenir soit l'euthanasie, soit une aide au suicide:

Il est absolument impossible [d'y aller] simplement pour obtenir l'euthanasie.

*Nieuwenkamp 21:31*

L'approche néerlandaise s'est largement inspirée des relations étroites et prolongées qu'entretiennent, aux Pays-Bas, les médecins et leurs patients, et il n'y aura pas d'euthanasie si cette relation très intime n'existe pas.

119 Leenen 21:19 et Sutorius 21:45.

120 Eugene Sutorius, «Euthanasia in the Netherlands: The Legal Scene», dans *Euthanasia in the Netherlands: A Model for Canada?*, op. cit., p. 18.

121 Leenen 21:20

### 3.0 Les données: l'étude van der Maas et l'étude van der Wal

#### 3.1 L'étude van der Maas

Le rapport de la Commission (le Rapport Remmelink), rendu public en septembre 1991, contenait les conclusions des recherches réalisées par l'Institut de santé publique de la Faculté de médecine de l'Université Erasmus de Rotterdam, avec la collaboration du Bureau central de la statistique des Pays-Bas (l'étude van der Maas). Cette étude a été publiée en anglais en 1992 dans un numéro spécial de *Health Policy*.<sup>122</sup> Ce sont les données de cette étude qui sont citées par la plupart des analystes et, en raison de la nature controversée du sujet, les pages suivantes reprennent des passages du document lorsque cela semble indiqué. Néanmoins, il convient de souligner qu'on a exprimé des réserves sur la qualité de la traduction en anglais, laquelle aurait peut-être contribué à une partie de la controverse qui entoure l'expérience néerlandaise.

La Commission Remmelink s'intéressait à l'euthanasie, mais l'étude van der Maas a une portée plus étendue. Aux Pays-Bas, l'euthanasie n'est acceptée que si le patient en fait sérieusement et explicitement la demande, mais les auteurs de l'étude ont choisi de se pencher aussi sur les actes qui abrègent la vie quand le patient ne l'a pas expressément demandé (ce qui comprend le fait de refuser un traitement ou de l'interrompre), ainsi que sur les traitements destinés à soulager la douleur ou d'autres symptômes qui ont pour effet secondaire de hâter la mort (double effet).

Le champ de l'étude a été élargi pour deux raisons : (1) il existe plusieurs définitions différentes du concept de l'euthanasie, de sorte que s'en tenir à une définition étroite aurait entraîné des problèmes d'interprétation; et (2) les progrès de la médecine ont créé de grandes zones grises entre l'abstention ou l'interruption de traitement, le soulagement de la douleur et les actes qui tuent le patient à sa demande.

La décision de refuser ou d'interrompre un traitement permettant de prolonger la vie peut avoir des conséquences aussi déterminantes que l'administration de médicaments dans le but de hâter la mort. En outre, l'état du patient à l'agonie oblige le praticien à envisager à la fois l'opportunité de refuser un traitement ou de l'interrompre ainsi que d'accroître le soulagement de la douleur et des symptômes, ce qui a pour effet secondaire d'abrégé la vie, et celle d'administrer des médicaments dans le but de hâter la mort.<sup>123</sup>

Pour maximiser l'exactitude de l'étude, on l'a conçue en trois parties. La première consistait en un long entretien (deux heures et demie, en moyenne)<sup>124</sup> avec un échantillon de médecins composé de 152 omnipraticiens, 203 spécialistes et 50 médecins de centres d'accueil. Les interviews étaient menées par des médecins d'expérience et par d'autres universitaires qui avaient tous reçu une formation complète. La deuxième partie, réalisée par le Bureau de la statistique des Pays-Bas, prévoyait l'examen de tous les certificats de décès délivrés sur une période de cinq mois. Enfin, la troisième consistait à faire remplir par les médecins interviewés durant la première partie de l'étude un questionnaire sur chacun de leurs patients décédés dans les six mois suivant leur interview. Quatre-vingt pour cent des médecins interviewés dans la première partie de l'étude ont participé à ce suivi.

En raison de la complexité de l'étude et de la nécessité de pondérer les données entre les différentes parties (et les témoignages des différents groupes de médecins participants), les résultats peuvent être difficiles à interpréter. Par exemple, le questionnaire dans la première partie (l'entrevue des médecins) était différent des questionnaires utilisés dans la deuxième et la troisième partie.

---

122 P. van der Maas, J.J.M. van Delden et L. Pijnenborg, «Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life», *Health Policy*, vol. 22 (1993).

123 van der Maas, *op. cit.*, p. 5 et 6.

124 *Ibid.*, p. 14.

### 3.2 Champ de l'étude van der Maas

L'objet général de l'étude était les décisions médicales concernant la mort (DMM). Telle qu'elle est utilisée dans l'étude van der Maas, cette expression :

s'entend de toutes les décisions prises par les médecins relativement aux lignes de conduite visant à hâter la mort du patient ou à celles pour lesquelles le médecin tient compte de la probabilité que la vie du patient sera écourtée. Ces lignes de conduite sont les suivantes : interrompre ou refuser un traitement (y compris le gavage) et administrer, fournir ou prescrire des médicaments. Les décisions de refuser une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide et de ne pas réanimer sont comprises dans l'enquête sur les décisions médicales concernant la mort.<sup>125</sup>

Sont exclues de cette définition les complications des interventions médicales ou les erreurs commises par le médecin sans avoir l'intention d'enlever la vie au patient, les décisions concernant les soins au patient ou permettant à celui-ci de mourir chez lui, ainsi que les autres interventions médicales courantes où la question de hâter la mort du patient ne se pose pas.

Les DMM ont été classées en fonction des réponses aux quatre questions suivantes : que fait le médecin? Quelle est son intention, ce faisant? Le patient a-t-il réclamé cette intervention? Le patient était-il capable de prendre une décision au sujet de cette intervention?

Le médecin a trois possibilités d'intervention : administrer des médicaments susceptibles de hâter la mort et refuser — ou interrompre — un traitement susceptible de prolonger la vie du patient. Il peut combiner ces interventions; par exemple, interrompre un traitement prolongeant la vie peut parfois mener à l'administration de médicaments qui risquent de l'écourter.<sup>126</sup>

Les données les plus controversées figurent aux chapitres 6 (actes causant la mort sans la demande expresse du patient), 7 (soulagement de la douleur et des symptômes) et 8 (décisions de ne pas traiter). Dans tous les cas, l'intention du médecin est d'importance cruciale, et c'est une notion perçue différemment au Canada :

On peut supposer que mettre fin à la vie ne peut jamais être le but primordial du rapport entre le médecin et son patient. Si le médecin accomplit délibérément des actes qui abrègent la vie de son patient, on pourrait soutenir que, au bout du compte, c'est parce qu'il a l'intention de mettre un terme à ses souffrances et que, dans certaines circonstances, il juge que seule la mort permettra d'en venir à bout.<sup>127</sup>

Pour les fins de l'étude, on a défini trois catégories d'intention :

- Catégorie I : agir dans le but avoué de hâter la mort;
- Catégorie II : agir en partie dans le but de hâter la mort;
- Catégorie III : agir en tenant compte de la probabilité que la vie sera abrégée.

Au Canada, l'acte correspondant à la première catégorie serait normalement considéré comme un meurtre. Néanmoins, lors de la vidéoconférence, le D<sup>r</sup> J.J.M. van Delden, qui avait été membre du groupe de recherches de la Commission Remmelink, a décrit la situation néerlandaise de la façon suivante :

125 *Ibid.*, p. 19 et 20.

126 *Ibid.*, p. 20.

127 *Ibid.*, p. 21.



Aux fins de notre recherche, l'acte devait avoir été commis dans l'intention explicite d'abrégé la vie du patient, et non pas dans l'intention de «tuer». En fait, la plupart des médecins qui ont répondu avoir décidé d'interrompre le traitement dans le but explicite de hâter la mort du patient voulaient dire qu'ils ne voulaient pas prolonger les souffrances de ce dernier.

Dans 6 p. 100 des cas où le médecin a voulu soulager la douleur et les symptômes, il a décrit son intention comme le désir explicite de hâter la mort du patient. Dans le cas de l'euthanasie, l'intention était décrite de la même façon. Cependant, si l'on tient compte des circonstances, on se rend compte que, dans le cas de l'euthanasie, le médecin a décidé d'accélérer le décès du patient et qu'il a ensuite cherché les moyens de le faire. Par contre, quand le médecin a cherché à soulager la douleur et les symptômes, il s'agissait d'un traitement médical continu qui n'avait pas atteint son but palliatif. Le médecin se voyait dans l'obligation d'administrer des doses plus élevées et peut-être mortelles. A un moment donné, le médecin peut se rendre compte qu'il a souhaité la mort du patient. Il répond donc au questionnaire en disant que son but était, du moins en partie, d'accélérer le décès.

Cela nous amène aux différences entre ces cas et l'euthanasie. Les intentions sont-elles les mêmes? Je ne le pense pas. Dans le cas de l'euthanasie, le médecin aurait certainement essayé un autre médicament si le premier n'avait pas atteint son but. Dans le cas du soulagement de la douleur et des symptômes, il ne l'aurait jamais fait.<sup>128</sup>

La troisième catégorie d'intention semble correspondre à la notion canadienne de soulagement de la douleur susceptible d'abrégé la vie du patient, qui est un aspect généralement accepté des soins palliatifs. Il y a une zone grise entre la première catégorie (l'intention explicite d'abrégé la vie afin de soulager la douleur et les symptômes) et la troisième (soulager la douleur au risque d'abrégé la vie). La deuxième catégorie d'intention est décrite dans l'étude van der Maas de la façon suivante :

La distinction entre les deux principales catégories ne règle pas le problème des nombreux médecins qui sont incapables de préciser quelle était leur intention réelle dans une situation donnée. Parfois, l'intervention est pratiquée dans un but particulier (par exemple, soulager la douleur), mais son effet secondaire (par exemple, provoquer la mort) n'est pas dédaigné. À proprement parler, l'effet secondaire devrait être classé dans la catégorie des interventions intentionnelles. Pour ne pas être jugé intentionnel, il faudrait en effet qu'il n'ait pas été souhaité. Le questionnaire produit ne pouvait refléter cette interprétation stricte, parce que, dans certains cas, le médecin estimait que ni l'une ni l'autre des descriptions ne correspondait vraiment à son intention. C'est pour cette raison que nous avons créé la deuxième catégorie, «agir en partie dans le but de hâter la mort». Cette intention correspond aux cas où, sans que la mort du patient soit prépondérante dans l'esprit du médecin, elle ne serait pas indésirée. Nous avons prévu ce type d'intention dans le questionnaire expressément pour le soulagement de la douleur et des symptômes.<sup>129</sup>

Il y a lieu de prendre note de plusieurs autres notions définies dans l'étude van der Maas, celles de «phase terminale»<sup>130</sup> ou d'«expectative de mort imminente», de traitement «médicalement inutile» et de «décision de ne pas réanimer». L'étude van der Maas laisse entendre que les répondants avaient manifesté beaucoup de réticence quant à l'emploi de la phase terminale comme critère d'admissibilité à l'euthanasie.<sup>131</sup> Cela

---

128 van Delden 21:13; voir aussi «Dances with Data» Il convient de noter également que, vu le petit nombre de médecins ayant participé à l'étude, les 6 p. 100 dont il est question représentent en réalité moins de 20 médecins.

129 van der Maas, *op. cit.*, p. 21.

130 Comme on le fait remarquer dans le corps du rapport, la définition de «phase terminale» suscite également des difficultés au Canada.

131 van der Maas, p. 23.

semble découler de l'approche néerlandaise, dans laquelle le critère essentiel est le soulagement d'une souffrance intolérable (pas seulement d'une douleur physique intolérable), ainsi que de la difficulté de définir la notion de «phase terminale».

Sur le concept du traitement «médicalement inutile», les auteurs de l'étude van der Maas ont conclu que :

Ce concept joue un rôle important dans la discussion sur l'abstention de traitement, que ce soit à la demande du patient ou pas. Entre-temps, les tribunaux ont rendu des arrêts où le concept est évoqué. Il n'y a pourtant pas de définition uniforme. L'idée d'«inutilité» dépend trop de ce qui est considéré comme logique et pratique. Elle n'a donc pas été employée dans les questionnaires, parce que son interprétation est trop variable.<sup>132</sup>

Par ailleurs, les décisions «de ne pas réanimer» (DNR) sont définies comme des situations dans lesquelles il est explicitement convenu que :

Le patient ne sera pas réanimé en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire (fonctionnel). Ces décisions anticipées s'appellent des «décisions de ne pas réanimer». Elles jouent un rôle important dans la pratique médicale. Dans notre étude, elles sont aussi considérées comme des DMM.<sup>133</sup>

### 3.3 Euthanasie et aide au suicide

Les données produites par l'étude van der Maas sur l'euthanasie et l'aide au suicide ne prêtent pas particulièrement à controverse, mais les définitions utilisées ne sont pas très connues des Nord-Américains, de sorte qu'il pourrait en résulter des ambiguïtés.<sup>134</sup>

Dans presque tous les cas, il y a eu une demande ferme et explicite (96 p. 100) formulée entièrement par un patient (99 p. 100) parfaitement capable de prendre une décision (98 p. 100) et comprenant bien à la fois son état et le pronostic (100 p. 100). De plus, la demande a été habituellement répétée (94 p. 100).<sup>135</sup> Le médecin a consulté des collègues dans 84 p. 100 des cas et il a informé la famille du patient dans 94 p. 100 des cas.<sup>136</sup>

Sur les quelque 130 000 décès relevés aux Pays-Bas en 1990, les auteurs de l'étude ont estimé qu'environ 2 000, soit 1,8 p. 100, et à peu près 400, soit 0,3 p. 100, étaient attribuables à l'aide au suicide. Il y a eu chaque année un total estimatif de 25 000 demandes d'euthanasie et d'aide au suicide «au moment opportun» (des demandes générales, au cas où la souffrance deviendrait insupportable) ainsi que de 9 000 autres demandes «dans un avenir prévisible» (c'est-à-dire des demandes précises, fondées sur une situation réelle). L'étude ne s'est pas attardée davantage sur les 25 000 demandes générales.

Les auteurs ont estimé que, sur 9 000 demandes précises par année, 4 000 étaient rejetées par les médecins après avoir été sérieusement étudiées, parce que la situation ne les justifiait pas (par exemple, s'il restait

132 *Ibid.*, p. 24.

133 *Ibid.*, p. 23 et 24.

134 Puisque l'euthanasie n'est pratiquée qu'à la demande expresse du patient, les situations dans lesquelles celui-ci est incapable d'y consentir ne figurent jamais dans les discussions tenues aux Pays-Bas sur l'euthanasie. L'euthanasie est l'acte intentionnel qui consiste à donner la mort à quelqu'un à la demande de celui-ci. L'aide au suicide s'entend de l'aide donnée intentionnellement à quelqu'un qui la demande pour s'enlever la vie. La distinction entre l'euthanasie et l'aide au suicide suppose donc que, dans le premier cas, le médicament est administré par un tiers et, dans le second, le patient le prend lui-même. Cela dit, comme l'aide au suicide est très rare, elle est assimilée à l'euthanasie dans la plus grande partie de l'étude.

135 van der Maas, *op. cit.*, p. 45, tableau 5.8; p. 50, tableau 5.15.

136 Dans 4 p. 100 des cas restants, la famille n'a pas été prévenue soit parce que le patient souhaitait qu'elle ne le soit pas, soit parce qu'il n'avait pas de famille. *Ibid.*, p. 50, tableau 5.15.



encore d'autres solutions susceptibles d'atténuer la douleur, si la souffrance n'était pas intolérable, si la demande n'avait pas été réfléchie ou si le patient ne comprenait pas bien ce dont il souffrait, s'il avait retiré sa demande après en avoir discuté avec le médecin, si le médecin s'y opposait pour une raison précise dans un cas donné ou s'il était par principe contre l'euthanasie ou l'aide au suicide).

Comme les médecins ont accédé à 2 700 des 9 000 demandes, il en restait donc environ 2 300 (déduction faite des 4 000 qu'ils ont rejetées) correspondant à des situations où le patient était décédé avant qu'on puisse accéder à sa demande, où le médecin n'avait pas jugé la demande assez explicite pour être acceptée ou rejetée ou encore pour lesquelles il n'y avait eu ni refus ni intervention du médecin parce que le patient avait changé d'idée ou n'avait pas insisté.

Les raisons les plus souvent invoquées pour une demande d'euthanasie ont été la perte de dignité (57 p. 100), la douleur (46 p. 100), le refus de mourir sans dignité (46 p. 100), la dépendance (33 p. 100) ou la lassitude de vivre (23 p. 100). La grande majorité des demandes émanaient de patients atteints du cancer (83 p. 100), bien que moins de 30 p. 100 des décès aux Pays-Bas soient imputables à ce mal.<sup>137</sup> Le fait que la perte de dignité soit la raison la plus fréquemment citée pour les demandes d'euthanasie explique peut-être pourquoi les médecins néerlandais hésitent à s'en tenir aux demandes des patients atteints d'un mal physique incurable et douloureux.

Au moment où la décision de les euthanasier ou des les aider à se suicider était prise, la plupart des patients ne recevaient que des soins palliatifs destinés à soulager leur douleur (77 p. 100). Les autres ne recevaient plus aucun traitement (14 p. 100), recevaient un traitement prolongeant la vie, mais sans valeur curative (10 p. 100), ou se faisaient administrer un traitement curatif (2 p. 100).<sup>138</sup>

On peut interpréter ces données de plusieurs façons. D'après le D<sup>r</sup> Karl Gunning, elles sont sujettes à caution à cause des différentes définitions de l'euthanasie utilisées par les Hollandais. Il explique sa préoccupation de la façon suivante :

Vous avez peut-être appris que ce comité [Rommelink] a conclu que sur les 130 000 personnes qui meurent chaque année en Hollande, 2 300 seulement sont euthanasiées. Toutefois, si vous lisez bien le rapport, vous parviendrez à la conclusion que sa définition de l'euthanasie diffère de celle que l'on emploie dans le reste du monde.

On définit l'euthanasie comme le fait de «causer consciemment la mort d'un patient». Le comité Rommelink a déclaré que l'euthanasie consiste à «mettre consciemment un terme à l'existence d'un patient à la demande de celui-ci». Bien sûr, si vous ajoutez les mots «à la demande de celui-ci», le comité a complètement raison lorsqu'il soutient qu'il n'y a eu que 2 300 cas d'euthanasie. Toutefois, si vous poursuivez la lecture du rapport, vous arriverez à la conclusion qu'une drogue mortelle a été administrée à près de 4 000 personnes. Cela tient à ce que l'on n'a pas considéré comme une pratique euthanasique l'aide au suicide et l'administration d'une drogue mortelle à des gens qui ne l'avaient pas demandé. Par conséquent, on peut calculer qu'il y a eu aux environs de 16 000 cas dans lesquels le traitement a été retardé ou arrêté ou encore dans lesquels une surdose a été administrée dans l'intention d'abrégier l'existence du patient.

*Gunning, 17:90*

---

137 *Ibid.*, p. 44 et 45, tableaux 5.5 et 5.8.

138 *Ibid.*, p. 45, tableau 5.6. Le total n'équivaut pas à 100 p. 100 parce que les répondants pouvaient donner plus d'une réponse.



### 3.4 Actes entraînant la mort sans la demande expresse du patient

La constatation que près de 1 p. 100 des décès (0,8 p. 100, ou 1 000 environ) relevés pendant la période à l'étude étaient imputables à des actes entraînant la mort sans qu'il y ait eu de demande expresse et persistante du patient est sans doute la plus controversée de l'étude van der Maas. Là encore, nous devons tenir compte des lignes directrices rigoureuses que les auteurs de l'étude ont suivies. L'introduction à la série de questions pertinente précise que :

Dans certains cas, on décide de commettre un acte entraînant la mort, sans que le patient l'ait demandé. C'est susceptible de se produire si le patient en a vaguement parlé sans jamais formuler une demande expresse. Cela pourrait aussi arriver, par exemple, si le patient n'était plus capable de faire une telle demande ou si son état était manifestement intolérable.

Dans cette introduction et dans les directives données à l'interviewer, on n'a pas précisé que les seuls cas visés sont ceux où le but avoué était de hâter la mort.<sup>139</sup>

Pendant la vidéoconférence, les spécialistes néerlandais ont parlé des 1 000 décès survenus sans qu'il y ait eu de demande d'euthanasie :

**M. Leenen** : Je suis conseiller en matière d'euthanasie depuis 20 ans. J'ai été étonné d'entendre parler de ces 1 000 cas. Nous savons qu'à la fin de leur vie certains patients souffrent tellement qu'il faut faire quelque chose pour les soulager. Cela se passe aux États-Unis comme dans votre pays. À ce moment-là, le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. À mon avis, cela n'arrive que dans quelques cas. Il y a des exceptions dont nous avons déjà parlé.

Si nous examinons ces 1 000 cas et lisons l'article publié dans *The Lancet*, nous constatons que, dans 60 p. 100 des cas, on connaissait la volonté du patient. Sur ces 1 000 patients, 600 avaient exprimé leur volonté. Cependant, ils ne l'avaient pas exprimée conformément aux règles établies. Ils ne l'avaient pas exprimée de façon persistante, répétée, et cetera. Comme ces cas n'étaient pas conformes aux règles établies, les chercheurs ont décidé de les classer dans la catégorie de l'«euthanasie non demandée par le patient».

Cela nous laisse 400 cas à considérer. Sur ce nombre, nous savons qu'il y a certains cas acceptables parce qu'il n'était plus possible de soulager le mourant de ses souffrances. Je dirais qu'il y a également eu des cas non conformes aux règles établies. Certaines personnes estiment que cela ne devrait plus se produire. Il a été suggéré de mettre en place une nouvelle politique afin que l'on demande plus tôt aux patients ce qu'ils désirent au lieu d'attendre qu'ils perdent leur lucidité ou sombrent dans un état comateux.

J'avoue n'être pas satisfait des 300 cas restants où la vie du patient a été abrégée. D'ailleurs, selon notre terminologie, ce n'était pas des cas d'euthanasie à proprement parler. Il y a là deux choses à considérer : premièrement, nous sommes au courant de la situation; nous savons ce qui se passe à propos des cas de ce genre, alors que de nombreux pays l'ignorent.

Deuxièmement, nous avons maintenant la possibilité d'établir une nouvelle politique à l'égard de ces patients. Je m'oppose à ce que l'on mette fin à la vie d'un patient sans qu'il n'en fasse la demande. Cela ne devrait se produire que dans des circonstances exceptionnelles. Je suis pour l'euthanasie, mais seulement sur demande. Nous déplorons qu'il y ait 300 ou 400 patients pour lesquels les règles n'ont pas été appliquées. Mais il ne faut pas exagérer. Le Dr Gunning dit que ces données ne sont pas objectives, mais c'est

139 Ibid., p. 57.

faux. Il n'y a pas 10 000 ou 20 000 cas. Il s'agit de 300 ou peut-être 400 au maximum et c'est déjà trop.

**Le D<sup>r</sup> van Delden** : Je voudrais ajouter quelque chose à l'exposé du professeur Leenen.

Je suis d'accord pour dire que nous n'essayons pas de justifier tous ces cas. Ils nous ont étonnés et certains d'entre eux n'auraient pas dû se produire. Mais j'hésite à parler de 300 ou 400, car vous devez savoir que cette estimation se fonde sur 47 cas que nous avons découverts dans le cadre de notre étude. Il est difficile d'extrapoler.

**Le D<sup>r</sup> van der Wal** : Nous ne devrions pas trop insister quant au chiffre exact, mais j'ai fait moi aussi quelques recherches dans ce domaine. Nos chiffres quant aux actes ayant mis fin à la vie du patient sans la demande de ce dernier dans les foyers de soins étaient moins élevés que ceux du groupe van der Maas.

21:26 et 27

Dans les trois quarts des cas visés, le patient était tout à fait incapable d'évaluer la situation ou de prendre une décision convenable et, dans 14 p. 100 des cas restants, il n'était pas parfaitement en mesure de le faire. Dans plus du quart des cas, il avait manifesté son souhait à mots couverts, en disant par exemple «Docteur, aidez-moi, je vous en prie, je ne veux plus souffrir».<sup>140</sup>

Dans plus de neuf cas sur dix (92 p. 100), il n'y avait pas de traitements de rechange possibles. Dans les autres cas, on n'avait pas employé ces traitements parce que le patient avait fait savoir qu'il n'en voulait plus étant donné que cela ne ferait que prolonger ses souffrances, ou que les avantages du traitement n'en valaient plus la peine. Plus des trois quarts (76 p. 100) des patients avaient déjà besoin de morphine ou de médicaments analogues pour soulager la douleur, et, chez près de la moitié (45 p. 100), ces médicaments ne réussissaient plus à apaiser la douleur ou à pallier les autres symptômes. «D'une part, cela confirme la gravité des souffrances dans les cas présentés et, d'autre part, cela montre à quel point il est difficile de distinguer ces cas de ceux qui sont exposés dans le chapitre suivant, Soulagement de la douleur et des symptômes».<sup>141</sup>

Près des deux tiers des patients en question prenaient de la morphine seule ou en combinaison avec d'autres médicaments, et 30 p. 100 prenaient d'autres sédatifs, avec ou sans relaxants musculaires. C'est l'inverse des statistiques sur l'euthanasie et l'aide au suicide, qui révèlent que d'autres sédatifs étaient employés chez plus des deux tiers des patients, alors que le quart seulement prenaient de la morphine, mais cela coïncide avec la médication utilisée pour le soulagement de la douleur et des symptômes.<sup>142</sup> Dans le cas de presque neuf patients sur dix, la vie avait été écourtée de moins d'une semaine (67 p. 100) ou d'un mois (21 p. 100).

Les considérations les plus importantes pour le médecin au moment de décider de donner la mort sont les suivantes (les participants pouvaient donner plus d'une réponse) :

Aucune chance d'amélioration	60 %
Toute thérapie médicale désormais inutile	39 %
Aucune prolongation inutile	33 %
La famille n'en peut plus	32 %
Piètre qualité de vie	31 %
Douleur/souffrances du patient	30 %
Souhaits du patient	7 %
Traitement interrompu, sans que le patient meure	3 %
Considérations économiques (p. ex. manque de lits)	1 %
Autres	1 % <sup>143</sup>

140 van der Maas, *op. cit.*, p. 61 et 62, tableau 6.4.

141 *Ibid.*, p. 62, tableau 6.5.

142 *Ibid.*, p. 47 et 66; tableaux 5.10 et 6.9.



Dans plus de 70 p. 100 des cas, la vie a été raccourcie d'une semaine au maximum.<sup>144</sup> C'est dans seulement deux des 97 cas étudiés qu'il n'y a eu aucune discussion avec le patient alors que celui-ci était parfaitement capable de prendre une décision. Les deux cas remontaient au début des années 80, quand la situation juridique était moins claire. L'un des patients était atteint d'un cancer du poumon avec métastases et souffrait atrocement :

Le médecin connaissait le patient depuis 15 ans. Quand il a décidé d'administrer une surdose de morphine, la considération la plus importante à ses yeux était de ne pas prolonger davantage les souffrances du malade. [...] À la suite d'une entente non verbale avec l'épouse de ce dernier, il a décidé d'augmenter de beaucoup la dose de morphine.

Le second cas — comparable — était celui d'un cancéreux chez qui le soulagement de la douleur et des symptômes a été intensifié à telle enseigne qu'il est mort dans la journée. «Tout le monde trouvait la souffrance du patient intolérable. Ni lui, ni sa famille ne pouvaient plus la supporter».<sup>145</sup>

Si le patient avait fait une demande expresse, les deux cas auraient été sans aucun doute considérés comme des cas d'euthanasie. D'un autre côté, si la souffrance avait été tolérable, le médecin aurait eu pour intention de la soulager plutôt que de causer la mort du patient.<sup>146</sup>

La statistique continue néanmoins de troubler les Néerlandais eux-mêmes. «Dans tous les cas, l'attitude du médecin était paternaliste, non pas criminelle; il agissait pour le bien du patient. Il reste que cela n'aurait pas dû se produire», a dit le Dr Gerrit van der Wal, un inspecteur médical pour la Hollande du nord, chargé de mener une étude indépendante qui a confirmé les données Remmelink.<sup>147</sup>

### 3.5 Soulagement de la douleur et des symptômes

La question suivante est la première qu'on a posée aux médecins dans cette partie du questionnaire van der Maas : «Vous est-il déjà arrivé de n'avoir d'autre choix que de prescrire des doses si élevées de morphine ou d'un médicament analogue que la vie du patient ne pouvait qu'en être écourtée?»<sup>148</sup> Plus de 80 p. 100 des médecins, toutes spécialités confondues, ont répondu oui. Dans les deux tiers des cas environ (65 p. 100), l'effet mortel avait simplement été «accepté». Dans 30 p. 100 des cas, cet effet était en partie recherché par le médecin, même si ce n'était pas son intention première. Enfin, dans 6 p. 100 des cas, c'était son but exprès. Pour les Néerlandais, cela soulève d'intéressantes questions d'intention. En quoi ces 6 p. 100 de cas se distinguent-ils des cas d'euthanasie, à supposer que le patient l'ait demandée explicitement?

Cependant, si l'on tient compte du contexte, on constate rapidement que, dans les cas d'euthanasie, il a été décidé de précipiter la mort, et l'on a ensuite cherché un moyen d'y parvenir. Dans les cas de soulagement de la douleur et des symptômes, toutefois, un traitement médical suivi est appliqué, mais ne donne pas les résultats palliatifs escomptés. Le médecin se voit alors contraint d'utiliser des doses plus fortes, qui risquent d'être létales. Il se peut que le médecin prenne conscience à un moment donné qu'il espère la mort du patient. Il nous dit par conséquent que son objectif (du moins en partie) était d'accélérer l'agonie. Ces cas nous incitent à parler d'une zone grise de l'euthanasie. Mais les intentions sont-elles rigoureusement

143 Ibid., p. 64, tableau 6.7.

144 Ibid. p. 65, tableau 6.10.

145 Ibid., p. 68 et 69.

146 Dans le système canadien des soins palliatifs, les deux patients auraient peut-être été mis sous sédation complète.

147 Mullens, «The Dutch way of death», dans *Euthanasia, op. cit.*, p. 19.

148 van der Maas, p. 71.



identiques à celles qui motivent les cas d'euthanasie? Pas nécessairement. Le médecin qui pratique l'euthanasie essaierait certainement un autre médicament si le premier n'arrivait pas à provoquer la mort du patient, ce que ne ferait jamais celui qui veut seulement soulager la douleur. Cette nuance pertinente échapperait à ceux qui opteraient pour une définition trop étroite des intentions en faisant abstraction du contexte.<sup>149</sup>

### 3.6 Décisions de ne pas traiter

Dans un article ultérieur où elle allègue une déformation de ses données, l'équipe de l'étude van der Maas fait le commentaire suivant :

Au sujet de l'abstention ou de l'interruption de traitement, on peut faire valoir que la décision était de ne pas prolonger la vie pendant un certain temps, et non pas de l'écourter d'autant. La terminologie à employer varie selon que les résultats des traitements médicaux courants sont jugés ou pas comme faisant partie de l'espérance de vie.<sup>150</sup>

Ce raisonnement vaut aussi pour les situations dans lesquelles le médecin décide de ne pas traiter sans que le patient l'ait expressément demandé, ce qui se produit habituellement lorsque ce dernier n'est plus capable de décision.

D'une part, il s'agit de thérapies qui ont probablement fort peu de chances de réussir. Ces traitements peuvent être interrompus ou omis précisément pour cette raison. D'autre part, dans certains cas, les thérapies peuvent prolonger considérablement la vie (plus d'un mois), mais cette prolongation n'est pas souhaitable ou ne sert à rien, et c'est pourquoi le traitement est omis ou interrompu.<sup>151</sup>

Les décisions de ne pas traiter sont les plus difficiles à quantifier, ce qui n'est peut-être pas étonnant. L'équipe qui a réalisé l'étude van der Maas a estimé qu'environ 70 p. 100 des médecins avaient reçu une demande de ne pas donner ou d'interrompre un traitement et qu'ils y avaient donné suite; presque la moitié (46 p. 100) de ceux qui avaient reçu une telle demande y avaient donné suite en sachant que c'était au moins en partie dans le dessein de hâter la mort du patient. Environ les deux tiers des patients (64 p. 100) souffraient du cancer. Dans ce contexte, le rôle du médecin est moins important que dans celui de l'euthanasie et de l'aide au suicide, parce que le patient a le droit de refuser le traitement.<sup>152</sup>

Les décisions d'omettre ou d'interrompre un traitement sont normalement prises lorsque la question se pose. Par contre, l'«ordre de ne pas réanimer» correspond à une décision anticipée qui ne suppose pas une action, mais plutôt une inaction.

### 3.7 Déclaration des décisions médicales concernant la mort

L'étude van der Maas a été réalisée avant que soit arrêtée la politique de ne pas poursuivre dans les cas d'euthanasie (pourvu que certains critères aient été respectés), de sorte que les médecins participants craignaient probablement les poursuites davantage qu'aujourd'hui, dans les cas limites. Néanmoins, les trois quarts des omnipraticiens et les deux tiers environ des spécialistes répondants avaient déclaré leur dernier cas d'euthanasie ou d'aide au suicide comme s'il s'agissait d'une «mort naturelle», et cette proportion élevée est inquiétante. Voici les principales raisons pour lesquelles les participants avaient répondu de cette façon :

---

149 Johannes J.M. van Delden, Loes Pijnenborg et Paul J. van der Maas, «Dances with Data», *Hiertus*, volume 1 (1993), p. 26 et 27.

150 van Delden, Pijnenborg et van der Maas, *op. cit.*, p. 24.

151 van der Maas, *op. cit.*, p. 85.

152 *Ibid.*, p. 79 à 84, tableau 8.1.

Les «histoires» que provoque une enquête judiciaire	55 %
Le désir de mettre la famille à l'abri d'une enquête judiciaire	52 %
La crainte des poursuites	25 %
De mauvaises expériences après avoir déclaré une mort non naturelle	12 % <sup>153</sup>

Dans la catégorie des actes entraînant la mort sans la demande expresse du patient, il a été presque invariablement déclaré dans le certificat de décès qu'il s'agissait d'une mort naturelle. On a constaté dans un seul des 97 dossiers étudiés qu'un omnipraticien avait déclaré que la mort n'était pas naturelle, et le procureur général a décidé de ne pas intenter de poursuites. Les raisons invoquées par les participants pour faire ce genre de déclaration sont les suivantes :

Les «histoires» que provoque une enquête judiciaire	47 %
L'opinion que la mort était en fait naturelle	43 %
Le désir de mettre la famille à l'abri d'une enquête judiciaire	28 % <sup>154</sup>

Au sujet de la réticence des médecins néerlandais à déclarer les cas de mort non naturelle, dans un contexte juridique quelque peu ambigu, il est intéressant de faire un parallèle avec ce qui s'est passé au Canada peu de temps après l'adoption de la loi sur l'avortement, en 1969. Les premières années, on ne savait pas très bien si l'avortement serait autorisé légalement lorsque c'était la santé «mentale» plutôt que «physique» de la femme qui était en jeu. Dans ces circonstances, les auteurs du Rapport Badgley avaient relevé de graves anomalies dans la déclaration des avortements :

Un examen détaillé de la façon dont fonctionne le système actuel de classification serait nécessaire et particulièrement en ce qui a trait à la classification des avortements inscrits sous la rubrique *avortement non spécifié comme provoqué ou spontané*. Par définition, ces avortements ne sont ni des fausses couches, ni des interruptions de grossesse provoquées. Mais, entre 1970 et 1973, pour dix avortements thérapeutiques déclarés, il y avait neuf avortements classés dans cette catégorie résiduaire.<sup>155</sup>

L'évolution récente de la situation aux Pays-Bas laisse entendre que la déclaration s'est grandement améliorée. En 1984, on n'avait déclaré que 19 cas d'euthanasie au procureur général, tandis qu'on en a déclaré 454 en 1990 et 1 322 en 1992.<sup>156</sup> En 1993, on en a déclaré 1 415.<sup>157</sup> Lors de la vidéoconférence, cette amélioration «spectaculaire» a été attribuée à la réticence des procureurs à intenter des poursuites et au fait que la procédure de déclaration n'est réellement en vigueur que depuis la fin de 1990. Cela dit, le nombre des poursuites intentées a baissé jusqu'en 1994. Le D<sup>r</sup> van der Wal a expliqué que ce phénomène est en partie attribuable à l'évolution de la jurisprudence, qui a réduit le besoin d'obtenir des jugements-types.

Cependant, s'il n'y a pratiquement plus d'actions en justice, c'est surtout parce que les médecins, qui ont été informés de la nécessité de pratiquer l'euthanasie avec prudence, ne déclarent que les cas pour lesquels ils sont pratiquement certains de ne pas être poursuivis.

On ne peut toutefois pas conclure que tous les cas non déclarés ne répondent pas aux normes prescrites. D'après nos recherches, la plupart de ces cas satisfont aux exigences.

van der Wal 21:10

153 Ibid., p. 47 et 48.

154 Ibid., p. 64.

155 Rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement (Comité Badgley), Ottawa, 1977, p. 28.

156 van der Wal et Dillman, *op. cit.* (1994), p. 1 348.

157 Legemaate, *op. cit.* (1994), p. 6.

Par ailleurs, certains ont allégué que le ministère de la Justice aurait durci sa politique sur les poursuites. En 1993, le nombre d'enquêtes officielles sur des cas d'euthanasie est subitement passé à 14, alors qu'il n'y en avait jamais eu plus que quatre par an ces dernières années : en 1994, il en a résulté une augmentation correspondante du nombre des poursuites. Le ministère de la Justice prétendrait que la plupart de ces enquêtes portent sur l'arriéré imputable à la longueur du débat parlementaire sur la nouvelle loi. Toutefois, au cours de ce débat, le ministre de la Justice avait soutenu que l'euthanasie ne se justifiait que pour les malades en phase terminale. Or, la plupart des enquêtes menées en 1993 portaient sur des cas où le patient n'était pas en phase terminale. Tous les grands observateurs juridiques ont critiqué le point de vue du ministre et, dans l'arrêt *Chabot*, la Cour de cassation a précisé que l'aide au suicide est acceptable — pourvu que des conditions très strictes soient respectées — dans les cas de grandes souffrances mentales inapaisables quand le patient n'est pas en phase terminale.<sup>158</sup> Il reste néanmoins possible que l'impression que la politique sur les poursuites pourrait changer en fonction des opinions du ministre de la Justice de l'heure peut avoir créé un malaise chez les médecins.

### 3.8 Études van der Wal

Les études van der Wal, qui n'ont pas été financées par l'État, ont généré une thèse et plusieurs articles. Ces études d'envergure comprenaient entre autres choses un vaste sondage auprès de plus de 1 000 omnipraticiens, invités à répondre à un questionnaire par écrit. Environ 700 de ces omnipraticiens travaillaient dans des centres d'accueil (cela équivaut à la quasi-totalité de l'effectif de ces médecins aux Pays-Bas). Alors que l'étude van der Maas traitait de toutes les décisions médicales concernant la mort, celle du D<sup>r</sup> van der Wal portait exclusivement sur l'euthanasie, sur l'aide au suicide et, dans une certaine mesure, sur les actes mettant fin à la vie d'un patient sans son consentement exprès. En outre, l'étude van der Maas visait des spécialistes aussi bien que des omnipraticiens et des médecins de centres de soins. Elle était d'une grande envergure, tandis que l'étude van der Wal était plus approfondie car elle examinait des questions comme les résultats, la technologie médicale et la déclaration. Globalement, les résultats des deux groupes d'étude étaient compatibles.<sup>159</sup>

### 3.9 La controverse sur les statistiques

Comme ce qui précède le laisse entendre, la question de savoir si la Commission Rummelink avait sous-estimé le nombre de cas d'euthanasie qu'on pratiquait effectivement aux Pays-Bas a suscité une vive controverse. Pendant la vidéoconférence, les participants néerlandais ont expliqué les aspects sur lesquels il semble y avoir eu des malentendus :

En général, [les critiques du système néerlandais] ont inclus à la fois l'euthanasie; le suicide assisté; les actes mettant fin à la vie sans demande explicite du patient; le soulagement de la douleur et des symptômes et les décisions de ne pas traiter le patient qui sont prises, au moins en partie, pour hâter son décès. Tous ces cas sont regroupés pour démontrer qu'il y a eu, aux Pays-Bas, plus d'euthanasies que n'en font état les rapports officiels.

*van Delden 21:12*

Il est clair que, du point de vue canadien, soulager la douleur et les symptômes et décider de ne pas donner de traitement n'équivalent pas à pratiquer l'euthanasie. Toutefois, sur ce point-là aussi, la façon néerlandaise d'aborder la notion d'«intention» semble générer une certaine confusion. Aux Pays-Bas, il est courant de dire que le médecin a pour première intention ou pour intention secondaire de «hâter le décès» du patient. Au Canada, bien qu'il y ait des situations analogues à celles qui se déroulent aux Pays-Bas, on dit rarement

158 Legemaate, *op. cit.* (1994), p. 10.

159 van der Wal 21:7 et 8



que le médecin a pour intention de hâter le décès du patient, bien que ce soit sans aucun doute l'effet de sa décision. Les médecins néerlandais semblent partir du principe que, s'ils savent que l'effet de certains de leurs actes écourtera la vie du patient, ils devraient reconnaître que c'est au moins en partie leur intention. Cela dit, dans l'optique néerlandaise, l'intention n'est pas le facteur déterminant de l'évaluation morale.

Une évaluation morale ne peut pas se fonder uniquement sur l'intention, et cela, pour plusieurs raisons. Premièrement, les intentions sont quelque chose de personnel. Seul l'auteur de l'acte peut savoir exactement quelles sont ses intentions. Quelqu'un peut accomplir le même acte dans les mêmes circonstances, mais avec des intentions différentes. L'intention décrite par une même personne peut même changer en ce sens que ce que l'on semble avoir fait dans un certain but peut être facilement vu sous un autre angle par la suite.

Dans ce cas, que peut-on considérer comme l'intention du médecin? Par exemple, j'estime qu'aucun médecin ne pratique l'euthanasie dans le seul but de tuer son patient. C'est toujours pour essayer de soulager ses souffrances. C'est précisément la raison pour laquelle les médecins néerlandais trouvent scandaleux d'être traités comme des criminels ou des meurtriers lorsqu'ils pratiquent l'euthanasie.

Nous estimons qu'une évaluation morale doit tenir compte de tous les facteurs suivants : le type de médecin; l'intention; la consultation avec le patient; la consultation avec d'autres personnes; la lucidité du patient; les raisons de la décision; et le raccourcissement de la vie du patient résultant de cette décision.

van Delden 21:12

La controverse sur le nombre d'euthanasies pratiquées aux Pays-Bas peut donc être en partie imputée à des problèmes de définitions. Néanmoins, d'autres malentendus ne sauraient être attribués qu'à une mauvaise interprétation de la documentation néerlandaise. Par exemple, des témoins ont déclaré au Comité que 59 p. 100 des patients qui avaient demandé l'euthanasie étaient morts le jour même de leur demande et 11 p. 100, dans l'heure qui avait suivi. L'auteur de l'article sur lequel on avait fondé cette accusation troublante est le D<sup>r</sup> van der Wal, qui a expliqué ce qu'il avait effectivement écrit :

Oui, [ces patients] sont morts la même journée qu'ils ont demandé l'euthanasie pour la dernière fois. Est-ce que vous comprenez la différence? Les patients avaient discuté de la question et avaient demandé explicitement l'euthanasie souvent auparavant, mais le jour où ils sont morts, c'est la dernière fois qu'ils l'ont demandée.

On dit ensuite à la phrase suivante que, dans 11 p. 100 des cas, les patients sont morts dans l'heure où ils ont présenté leur première demande. Il ne s'agissait pas de la première demande, mais de la dernière. Si vous voulez vérifier, vous devriez lire l'article que j'ai rédigé pour *Family Practice* dont on a parlé aujourd'hui.

van der Wal 21:62

## Résumé

Dans cette situation complexe où rien n'est facile, une seule chose ressort clairement, c'est que les Pays-Bas ont une façon unique d'aborder la difficile question de l'euthanasie et de l'aide au suicide, qui tient à leur culture, à leurs lois et à la structure de leurs soins de santé. L'expérience des Pays-Bas représente une tentative, de la part d'un petit pays ayant une longue tradition d'ouverture et de respect de l'individualité, de résoudre un problème fondamental et complexe. Cependant, Le D<sup>r</sup> Robert Dillman, secrétaire des affaires médicales de l'Association médicale royale des Pays-Bas, l'a déclaré : «Les Pays-Bas ne doivent pas être pris comme modèle. L'euthanasie n'est pas un produit d'exportation».<sup>160</sup>

La majorité des Néerlandais semblent être en faveur de l'aide médicale à la mort quand un patient en fin de vie souffre atrocement, sans espoir de répit, et qu'il en fait la demande de manière répétée et en toute connaissance de cause. Certaines affaires récentes suscitent toutefois un malaise profond, notamment le cas d'un médecin qui a aidé à mourir un patient souffrant non pas d'une maladie physique, mais de douleurs psychologiques. La décision de mettre fin à la vie de nouveau-nés profondément handicapés, dont la souffrance physique ne peut être atténuée, est aussi difficile et déchirante aux Pays-Bas qu'ailleurs.

Jusqu'à présent, l'expérience néerlandaise en matière d'aide au suicide et d'euthanasie a évolué en fonction des décisions des tribunaux et des pratiques médicales. Bien qu'apparemment, une grande majorité de Néerlandais appuient l'aide au suicide et l'euthanasie, la plupart d'entre eux préféreraient que leur Parlement confère un caractère officiel aux lignes directrices et aux procédures actuelles. La politique néerlandaise prendrait alors appui sur des bases plus solides, et on préciserait les intérêts publics en jeu.

## Appendice 1

### Données de l'étude van der Maas

	En %	Nbre total
Total des décès aux Pays-Bas en 1990		128 786
Catégorie:		
1. Euthanasie et DMM connexes	2,9	3 735
1a. Euthanasie	1,8	2 318
1b. Aide au suicide	0,3	386
1c. Actes provoquant la mort sans une demande expresse et persistante	0,8	1 030
2. Soulagement de la douleur et des symptômes	17,5	22 538
3. Décisions de ne pas traiter	17,5	22 538
Total des DMM (décisions médicales concernant la mort)	38,0	48 939

Source: van der Maas, P.J. et autres, «Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life», 338, *The Lancet* 669, à la p. 670.

### Euthanasie et aide au suicide

Nombre de demandes «au moment opportun»	approx.	25 000
Nombre de demandes «dans un avenir prévisible»	approx.	8 900
Nombre de ces demandes sérieusement étudiées mais refusées	approx.	4 000
DMM reliées à l'euthanasie		3 735
Autres demandes: données inexactes, patient décédé, demandes jugées non explicites ou abandonnées par le patient	approx.	2 000

Source: van der Maas, P.J. et autres, *Euthanasia and Other Medical Decisions concerning the End of Life*, publié en anglais dans une édition spéciale de *Health Policy*, Vol. 22 (1993), p. 40-41, 52.

### Soulagement de la douleur et des symptômes

	%	Nombre
Intention du médecin quand la morphine a hâté la mort		
Prise en compte de la probabilité que la vie soit abrégée	65,0	14 625
En partie dans le but d'abrégé la vie	30,0	6 750
Dans le but avoué de hâter la mort	6,0	1 350
Décision discutée avec le patient	39,0	8 775
Décision pas discutée, patient tout à fait capable de décider	27,0	6 075
Décision pas discutée, patient pas (tout à fait) capable de décider	34,0	7 650

Source: van der Maas, P.J. (1993), tableau 7.2, p. 73.



## Non-traitement

	%	Nombre
Non-traitement sans consentement,		25 000
en tenant compte de la probabilité que la vie soit écourtée	65,0	16 250
en partie dans le but de hâter la mort	19,0	4 750
dans le but avoué de hâter la mort	16,0	4 000
Non-traitement sans consentement, le patient étant		
tout à fait capable	22,0	5 500
pas tout à fait capable	21,0	5 250
incapable	58,0	14 500
Après consultation		
des collègues	54,0	13 500
du personnel infirmier	56,0	14 000
de la famille	60,0	15 000
du pasteur ou du conseiller spirituel	3,0	750
aucune consultation	8,0	2 000

Source: van der Maas, P.J. (1993), p. 85, 89, 90.

## Annexe P

# L'aide au suicide et l'euthanasie dans d'autres pays

---

*Le présent document donne un aperçu des lois de certains pays s'appliquant à l'euthanasie et à l'aide au suicide, ainsi que des efforts tentés - avec ou sans succès - pour les modifier. Ces pays sont le Royaume-Uni, les États-Unis, la France, l'Australie, l'Allemagne, la Suède et la Suisse, et leur choix a été fonction principalement de la quantité d'information disponible. Il ne s'agit aucunement d'une analyse comparative complète. L'information qui suit servira uniquement de cadre pour commencer à examiner et à comparer la façon dont d'autres administrations traitent l'euthanasie et l'aide au suicide sur le plan juridique. Pour obtenir une analyse plus détaillée, il aurait fallu étudier en profondeur non seulement les diverses lois touchant la mort, mais aussi leur application, la pratique juridique et le contexte culturel de leur évolution.*

### Royaume-Uni

#### Aide au suicide

Au Royaume-Uni, l'aide au suicide est visée par le *Suicide Act* de 1961,<sup>161</sup> dont l'article 2 prévoit ce qui suit :

##### **2. Responsabilité pénale pour complicité de suicide**

*(1) Est coupable d'un acte criminel et passible d'un d'emprisonnement maximal de 14 ans quiconque encourage, conseille ou provoque le suicide ou la tentative de suicide d'une personne.*

*2) Si au cours d'un procès pour meurtre ou homicide involontaire coupable, il est prouvé que l'accusé a aidé, encouragé, conseillé ou provoqué le suicide d'une personne, le jury peut le déclarer coupable de cette infraction.*

#### Euthanasie

Tout acte entraînant la mort est considéré comme un meurtre, même si la victime était consentante ou avait demandé à mourir. C'est ce qui ressort du témoignage donné par le ministère de l'Intérieur au Comité spécial sur l'éthique médicale de la Chambre des lords :<sup>162</sup>

---

161 9 & 10 Eliz 2, ch.60. Les dispositions du *Suicide Act* de 1961 citées dans le présent document s'appliquent seulement à l'Angleterre et au pays de Galles, conformément au paragraphe 3(3) de la loi.

162 *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Session 1993-1994, HL Paper 21-II, p. 15.

À l'heure actuelle, le droit pénal prévoit que le fait de tuer illégalement et délibérément une personne constitue un meurtre, sauf dans quelques rares situations. La plupart des moyens de défense qui peuvent être invoqués en cas de meurtre reposent sur l'absence d'intention ou sur l'absence de responsabilité pour l'acte commis, de sorte que l'élément moral nécessaire n'existe pas. Cependant, la loi ne permet pas de défense pour meurtre basée sur le motif. Une personne lucide qui en tue une autre avec la nette intention de le faire est coupable de meurtre même si elle était motivée par le désir de mettre fin aux souffrances de l'autre ou de mettre à exécution les vœux clairement et sincèrement exprimés par la victime. À cet égard, les dispositions législatives touchant le meurtre en Écosse divergent sur certains points de celles appliquées en Angleterre ou au pays de Galles. Cependant, elles reconnaissent que là où il y a intention claire de tuer, le consentement de la victime ou le motif de l'accusé ne peuvent pas constituer une défense dans un procès pour meurtre.

Au Royaume-Uni, le meurtre est une infraction reconnue par la common law, qui entraîne une peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité. Les tribunaux anglais l'ont défini comme suit :<sup>163</sup>

Sauf trois exceptions, on considère qu'un meurtre est commis lorsqu'une personne saine d'esprit et capable de discernement tue illégalement une personne avec l'intention de la tuer ou de lui causer des lésions corporelles graves entraînant la mort dans un délai d'un an et un jour.

Dans le cas des trois exceptions mentionnées ci-dessus, qui ont été codifiées dans le *Homicide Act* de 1957,<sup>164</sup> le chef d'accusation est plutôt celui d'homicide involontaire coupable. Ces trois exceptions sont les suivantes : la provocation, la responsabilité diminuée et les pactes de suicide. Ce sont ces deux dernières exceptions, soit la responsabilité diminuée et les pactes de suicide, qui peuvent avoir une incidence dans les cas d'euthanasie :

*2.(1) Quiconque tue une personne, directement ou par complicité, ne sera pas déclaré coupable de meurtre s'il souffrait d'une anomalie mentale (découlant d'une déficience ou d'une arriération mentale, de causes inhérentes, d'une maladie ou d'une blessure) qui compromettrait gravement sa responsabilité morale à l'égard des actes commis ou omis qui ont entraîné, directement ou par complicité, la mort.*

*(2) Dans un cas d'inculpation pour meurtre, il incombe à la défense de prouver que, en vertu du présent article, l'accusé ne peut être déclaré coupable de meurtre.*

*(3) Une personne qui aurait été déclarée coupable de meurtre, si elle n'avait pu invoquer le présent article, peut être reconnue coupable d'homicide involontaire coupable.<sup>165</sup>*

*4.(1) Il y a homicide involontaire coupable, et non meurtre, lorsqu'une personne, liée à une autre par un pacte de suicide, tue cette dernière, est complice de son suicide ou permet à un tiers de la tuer.*

*(2) Lorsqu'il est établi qu'une personne accusée de meurtre a tué quelqu'un, a été le complice de son suicide ou a permis à un tiers de le tuer, il incombe à la défense de prouver que cette personne a agi en vertu d'un pacte de suicide conclu entre elle et la victime.*

*(3) Aux fins du présent article, «pacte de suicide» désigne une entente commune entre deux personnes ou plus visant la mort de toutes les parties, que chacune mette fin à ses jours*

---

163 Archbold Pleading, Evidence and Practice in Criminal Cases Londres: Sweet & Maxwell, 1992, p. 2042.

164 5 & 6 Eliz 2, ch.11.



*elle-même ou non, mais aucun acte commis par une personne ayant conclu un tel pacte n'est considéré comme découlant du pacte, à moins que cette personne n'ait la ferme intention de mourir en conformité avec le pacte conclu.*<sup>166</sup>

Il convient de souligner que les éléments constitutifs de l'homicide involontaire coupable sont les mêmes que pour le meurtre, sauf que dans ce dernier cas, il faut qu'il y ait intention de tuer ou de causer des lésions corporelles graves. En outre, en ce qui concerne la responsabilité diminuée et les pactes de suicide, il incombe à l'accusé de prouver, selon la prépondérance des probabilités, les faits permettant d'envisager, l'infraction moins grave d'homicide involontaire coupable.<sup>167</sup>

## Jurisprudence

L'affaire du D<sup>r</sup> Nigel Cox<sup>168</sup> et sa condamnation en 1992 pour tentative de meurtre après qu'il eut administré une dose mortelle à une patiente souffrante a suscité une vive controverse au Royaume-Uni.

L'affaire concerne un rhumatologue consultant au Royal Hampshire County Hospital, à Winchester. Il a injecté à sa patiente, M<sup>me</sup> Lillian Boyes, qu'il connaissait depuis treize ans, une forte dose de chlorure de potassium. M<sup>me</sup> Boyes, qui était en phase terminale et endurait les souffrances atroces de la polyarthrite rhumatoïde, est par la suite décédée. Tous les traitements tentés auparavant pour soulager sa douleur physique avaient échoué, et la patiente avait, à plus d'une reprise, exprimé le vœu que le personnel soignant mette fin à ses jours.

Le chef d'accusation était celui de tentative de meurtre, plutôt que de meurtre, parce que la Couronne ne pouvait exclure la possibilité que M<sup>me</sup> Boyes soit décédée de causes naturelles après l'injection. Le D<sup>r</sup> Cox a toutefois été reconnu coupable parce que le jury a conclu qu'il avait bel et bien injecté du chlorure de potassium à sa patiente dans le but d'abrèger la vie de cette dernière. Le fait que l'action ait été motivée par la compassion inspirée par la souffrance de la victime n'est pas pertinent dans les cas de tentative de meurtre<sup>169</sup>. En conséquence, le juge Ognall, qui présidait la cause, a prévenu le jury que le motif donné ne pouvait constituer une défense en vertu des lois pénales applicables.<sup>170</sup> Le D<sup>r</sup> Cox a fait l'objet d'une condamnation d'un an avec sursis et a été réprimandé par le General Medical Council.

Plus récemment, un journal de Londres, le *Observer*, a fait état d'un cas où le Crown Prosecution Service [ci-après appelé le CPS] a décidé de ne pas porter d'accusation contre un homme pour avoir tué son épouse, qui était en phase terminale, en dépit du fait qu'il disposait de preuves suffisantes pour porter l'accusation. Le CPS a pris cette décision dans l'intérêt public. D'après le journal, il s'agissait du premier cas connu où le CPS avait renoncé à engager une poursuite pour meurtre parce qu'il croyait l'action motivée par la compassion. Dans le cas en question, la victime souffrait de cancer et était en phase terminale. Un rapport d'autopsie a montré qu'elle était morte non pas du cancer, mais bien d'une surdose de morphine, médicament qui lui était administré en doses régulières sur une période de 24 heures par un pousse-seringue motorisé. D'après le CPS, la victime a reçu, le 19 novembre 1993 à 22 heures, une dose létale du médicament.<sup>171</sup>

165 *Homicide Act 1957*, 5 & 6 Eliz 2, ch.11.

166 *Ibid.*

167 Voir *Archbold*, p. 2042.

168 L'affaire Cox est l'une de celles qui a poussé la Chambre des lords à entreprendre une étude sur l'éthique médicale : voir le *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Session 1993-1994, HL 21-I, p. 8-9.

169 En l'espèce, la défense a affirmé que le D<sup>r</sup> Cox avait agi par compassion en raison de la souffrance de M<sup>me</sup> Boyes, et la Couronne n'a pas mis cette affirmation en doute.

170 Pour de plus amples détails sur l'affaire *R. v. Cox* (Crown Court, à Winchester) [non publiée], voir les références suivantes : Great Britain, House of Commons Library, document de recherche de Keith Cuninghame (21 juin 1993), p. 2. Pour une version révisée des directives que le juge Ognall a données au jury, voir *R. v. Cox* (1992) 12 B.M.L.R. 38.

## Projets de modification

En février 1994, un Comité spécial de la Chambre des lords [ci-après le Comité] a été constitué pour examiner les incidences éthiques, juridiques et cliniques du droit d'une personne de refuser un traitement visant à prolonger la vie, ainsi que la situation des personnes qui ne sont plus en mesure de donner ou de refuser leur consentement; il devait aussi examiner si les actes commis avec l'intention d'abrégier la vie d'autrui ou ayant cet effet probable peuvent être justifiés du fait qu'ils sont conformes aux volontés ou à l'intérêt véritable de la personne, et dans quelles circonstances. Le Comité devait également tenir compte de l'incidence que pourraient avoir des changements sur la pratique juridique ou médicale dans l'ensemble de la société.<sup>172</sup> La liste complète des recommandations de la Chambre des lords se trouve à l'annexe N du présent rapport.

Dans son rapport, le Comité s'est prononcé contre la modification des dispositions législatives en vigueur pour permettre l'euthanasie volontaire. Ses membres ont convenu qu'il existe des cas individuels où l'euthanasie peut être vue par certains comme une solution appropriée. Mais ils ont ajouté que des cas individuels ne peuvent pas raisonnablement servir de fondement à une politique qui aurait de graves et vastes répercussions.<sup>173</sup>

Le Comité en est venu à cette conclusion notamment parce qu'il estimait impossible d'imposer des limites sûres à l'euthanasie volontaire. D'après lui, une fois l'euthanasie volontaire légalisée, il ne serait pas possible d'établir des garanties suffisantes contre l'euthanasie non volontaire. En outre, le Comité a estimé qu'une exception à l'interdiction générale visant le meurtre intentionnel entraînerait inévitablement une plus grande érosion de cette interdiction. Il a également fait part de ses inquiétudes quant aux êtres vulnérables, c'est-à-dire les personnes âgées, solitaires, malades et affligées qui risqueraient, à son avis, de sentir que le reste de la société les pousse à choisir la mort comme solution.<sup>174</sup>

De plus, les membres du Comité se sont opposés à la création d'une nouvelle infraction de «meurtre par compassion» visant les cas où une personne tue délibérément pour soulager la souffrance (c'est-à-dire meurtre intentionnel pour des motifs de compassion), car en établissant une distinction entre le meurtre et le meurtre par compassion, on crée une exception à l'interdiction de tuer intentionnellement; or cette interdiction doit absolument demeurer entière.<sup>175</sup> Le Comité était d'avis qu'il ne serait pas possible de définir adéquatement ce qui constitue un «meurtre par compassion» puisqu'il faudrait préciser exactement ce qui constitue la compassion, en tant que mobile.<sup>176</sup>

Le Comité a toutefois reconnu l'injustice perçue d'une peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre. Il a donc recommandé, comme l'a fait un Comité spécial qui l'a précédé,<sup>177</sup> d'abolir la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité. Il a offert dans son rapport la conclusion suivante :<sup>178</sup>

---

171 Dean Nelson et Helen Murphie, «UK: No Charges over 'Mercy Killing'», le *Observer*, 4 décembre 1994.

172 *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, Session 1993-1994, HL 21-1. p. 7.

173 *Ibid.*, p. 48.

174 *Ibid.*, p. 49.

175 *Ibid.*, p. 53.

176 *Ibid.*, p. 53.

177 *Murder and Life Imprisonment*, Report of the Select Committee, Session 1988-1989, HL Paper 78-I, cité dans le *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, op. cit., p. 53.

178 *Report of the Select Committee on Medical Ethics*, op. cit., p. 54.



L'abolition de la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité permettrait au processus judiciaire de tenir compte des circonstances d'une affaire et des motifs de l'accusé. Elle éviterait que le droit tombe en discrédit soit parce qu'une peine d'emprisonnement à perpétuité doit être obligatoirement infligée pour un acte qui est considéré, en général, comme étant motivé par la compassion et, par certains, comme étant justifiable, soit parce que l'on a recours à un chef d'accusation moindre, mais non approprié, parce que l'on craint que le jury ne rende pas un verdict de culpabilité de meurtre en raison de la peine obligatoire d'emprisonnement à perpétuité. La peine d'emprisonnement à perpétuité pourrait quand même être infligée dans les cas où cela est approprié.

## États-Unis

### Aide au suicide

Une trentaine des cinquante États sont dotés de lois qui interdisent expressément l'aide au suicide.<sup>179</sup> Les États qui n'ont pas adopté de dispositions législatives particulières touchant l'aide au suicide traitent cet acte comme un meurtre ou un homicide involontaire coupable, en vertu de la législation générale en matière de droit pénal.<sup>180</sup>

### Euthanasie

Partout aux États-Unis, toutes les formes d'euthanasie sont considérées comme un meurtre, même lorsque l'acte est exécuté à la demande de la victime ou avec son consentement.<sup>181</sup> Par exemple, le Code pénal de la Californie porte que le meurtre est le fait de tuer illégalement, avec préméditation, un être humain.<sup>182</sup> On parle de meurtre au premier degré si l'acte est volontaire, délibéré et prémédité.<sup>183</sup> Le consentement de la victime n'amoindrit en rien le crime, et le fait que la victime était en phase terminale ou que l'auteur du meurtre était motivé par la compassion n'excuse en rien le crime et ne sera pas considéré comme un facteur atténuant.<sup>184</sup>

179 Alaska Stat. & 11.41.120 (1989); Ariz. Rev. Stat. Ann. & 13-1103 (A)(3) (1989); Ark. Stat. Ann. & 5-10-104 (a)(2)(1987); Cal. Penal Code & 401 (West 1988); Colo. Rev. Stat. & 18-3-104 (1988); Conn. Gen. Stat. & 53a-56 (1985); Del. Code Ann. tit. 11, & 645 (Supp. 1990); Fla. Stat. Ann. & 782.08 (West 1976); Ill. Ann. Stat. ch.38, 12-31 (Smith-Hurd Supp. 1992); Ind. Code Ann. & 35-42-1-2.5 (Burns 1993); Kan. Stat. Ann. & 21-3406 (1988); Me. Rev. Stat. Ann. tit. 17-A, & 204 (1983); Mich. Pub. Act 270 of 1992, 1992 Mich. Legis. Serv. P.A. 270 (H.B. 4501) (West); Minn. Stat. Ann. & 609.215 (West 1987); Minn. Stat. Ann. & 147.091 (W), 151.06 (a)(7)(xii) (West Supp. 1993); Miss. Code Ann. & 97-3-49 (1972); Mont. Code Ann. & 45-5-105 (1989); Neb. Rev. Stat. & 28-307 (1989); N.H. Rev. Stat. Ann. & 630:4 (1986); N.J. Stat. Ann. & 2C: 116 (West 1982); N.M. Stat. Ann. & 30-2-4 (1978); N.Y. Penal Law & 120.30, 125.15(3) (McKinney 1987); Okla. Stat. Ann. tit. 21, & 813-818 (West 1983); Or. Rev. Stat. & 163.125(1)(b) (1990); Pa. Stat. Ann. tit. 18, & 2505 (Purdon 1983); S.C. Code Ann. & 16-1-10 (Law Co-op 1976); S.D. Codified Laws Ann. & 22-16-37 & 38 (1988); Tex. Penal Code Ann. & 22.08 (West 1989); Wash. Rev. Code & 9A.36.060 (West 1988); Wis. Stat. Ann. & 940.12 (West 1982), cité dans Kathryn L. Tucker, «Physician Aid in Dying: A Constitutional Right», p. 1 (février 1995) [non publié]. Pour une analyse plus détaillée de la façon dont les États traitent l'aide au suicide, voir Catherine D. Shaffer, «Criminal Liability for Assisting Suicide» (1986) 86 *Columbia Law Review* 348.

180 Voir Shaffer, *Criminal Liability for Assisting Suicide*, p. 350.

181 Dana Elizabeth Hirsch, «Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing? A Comparison of the Criminal Laws in the United States, the Netherlands and Switzerland» (1990) 12 *Loy. L.A. Int'l & Comp. L.J.*, 1990, p. 826.

182 Cal. Penal Code & 187(a) (West Supp. 1988).

183 Cal Penal Code & 189 (West Supp. 1988).

184 *Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing?*, p. 833; Mustafa D. Sayid, «Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws of Germany Switzerland and the United States» (1983) *Boston College International & Comparative Law Review*, 1983, p. 547.



## Jurisprudence

Dans divers États, les interdictions visant l'aide au suicide ont fait l'objet de contestations judiciaires en vertu du quatorzième amendement de la Constitution des États-Unis. Dans l'affaire *Quill et al. v. Koppell*<sup>185</sup>, la Cour de district des États-Unis pour la ville de New York a jugé que le suicide avec l'aide d'un médecin n'est pas protégé par la Constitution et que l'interdiction de l'État visant le suicide assisté ne viole pas la clause de protection égale. Le juge Griesa écrit à la page 84 :

L'autodestruction n'est certainement pas un comportement qu'il faut encourager ou prendre à la légère. Le fait que les sanctions pénales ne pourront décourager le suicide ne signifie pas que le droit pénal est également incapable d'influer sur le comportement de ceux qui voudraient aider ou pousser quelqu'un à mettre fin à ses jours. De plus, il semble en principe que le caractère sacré de la vie, que protègent les dispositions législatives touchant l'homicide criminel, soit menacé si une personne se montre prête à aider à provoquer la mort d'autrui, même si l'acte est accompli avec le consentement ou à la demande de la victime [...] C'est pourquoi la Cour soutient que le type d'aide médicale dont il est question en l'espèce ne met pas en cause une liberté fondamentale protégée par la clause d'application régulière de la loi contenue dans le quatorzième amendement.

Et plus loin, à la page 85 :

On ne peut guère dire qu'il soit déraisonnable que l'État reconnaisse une différence entre le fait de permettre à la nature de suivre son cours, même dans les situations les plus graves, et le fait d'utiliser intentionnellement un instrument qui provoque la mort. L'État peut en toute légitimité s'intéresser à la protection de la vie et des personnes vulnérables. Il a en outre le droit de décider comment ces intérêts cruciaux doivent être traités lorsque la question qui se pose est de savoir si un médecin peut aider un patient à commettre un suicide. Manifestement, l'actuel débat public met aux prises des partisans sincères et consciencieux des deux camps. En vertu de la Constitution des États-Unis et du système fédéral qu'elle établit, cette question doit être résolue par l'intermédiaire des processus démocratiques habituels de l'État. C'est pourquoi la Cour juge que les demandeurs n'ont pas montré qu'il y avait violation de la clause de protection égale contenue dans le quatorzième amendement.

La Cour de district des États-Unis à Washington a pris le point de vue contraire en ce qui concerne la constitutionnalité des interdictions de l'aide au suicide en vigueur dans l'État de Washington. Dans l'affaire *Compassion in Dying, et al. v. State of Washington et al.*,<sup>186</sup> les demandeurs étaient une coalition formée par trois patients en phase terminale, cinq médecins et les représentants d'une organisation appelée *Compassion in Dying* qui défend le droit à la mort. Ils demandaient un jugement déclaratoire annulant l'interdiction pénale touchant l'aide au suicide dans l'État de Washington<sup>187</sup> pour motif d'inconstitutionnalité, ainsi qu'une injonction interdisant aux défenseurs, à savoir l'État de Washington et le procureur général de Washington d'appliquer la loi. Les demandeurs et les défenseurs ont demandé un jugement sommaire.

---

185 Civil. No. 94-5321 (TPG) slip op. (SDNY, 15 déc. 1994).

186 850 F. Supp. 1454 (W.D. Wash. 1994).

187 RCW 9A.36.060. Le paragraphe (1) de cette loi prévoit que toute personne qui, en toute connaissance de cause, en pousse ou en aide une autre à tenter de se suicider est coupable d'incitation au suicide. L'incitation au suicide est un crime grave de catégorie C qui rend passible d'une peine d'emprisonnement maximale de cinq ans et d'une amende pouvant atteindre 10 000 \$ : voir RCW 9A.36.060(2) et 9A.20.020(1)(c).

La Cour de district des États-Unis à Washington a accordé un jugement sommaire aux demandeurs, jugeant que les patients capables en phase terminale ont le droit, en vertu de la Constitution, de choisir de hâter leur mort avec l'aide d'un médecin. La Cour a en outre statué que la loi de Washington sur l'aide au suicide est inconstitutionnelle en vertu des clauses de liberté et de protection égale du quatorzième amendement. Le juge Rothstein a tenu les propos suivants, reproduits aux pages 1461 et 1462 :

La liberté garantie par le quatorzième amendement correspond à la liberté d'effectuer des choix selon sa conscience en ce qui concerne les questions qui touchent directement à l'autonomie personnelle et à la dignité humaine fondamentale. Il n'existe pas de décision plus profondément personnelle, ni plus étroitement liée à l'essence même de la liberté personnelle, que la décision d'une personne en phase terminale de mettre fin à sa souffrance et de hâter une mort inévitable [...] La Cour en conclut qu'un adulte capable en phase terminale a un droit garanti par la Constitution, en vertu du quatorzième amendement, de se suicider avec l'aide d'un médecin.

Et plus loin, à la page 1467 :

La Cour n'est pas convaincue que la distinction entre mort «naturelle» et «artificielle» permet de traiter différemment ces groupes, qui se trouvent dans une situation semblable. La distinction établie entre le patient en phase terminale qui demande à son médecin de retirer les appareils de survie et le patient en phase terminale qui n'a pas besoin de tels appareils mais qui demande au médecin de faire le nécessaire pour l'aider à abrégé ses jours n'est pas une classification strictement définie servant à protéger un intérêt indiscutable de l'État. Dans les deux cas, il peut s'agir de patients en phase terminale qui, souffrant et en perte de dignité, devront endurer une longue agonie à moins d'une intervention médicale, que ce soit le débranchement des appareils de survie ou la prescription de médicaments que l'intéressé pourra s'administrer.

La Cour conclut comme suit à la page 1467 :

La Cour déclare inconstitutionnelle la loi RCW 9A.36.060 de l'État de Washington sur l'aide au suicide parce qu'elle impose un fardeau excessif à l'exercice d'une liberté garantie par le quatorzième amendement, quand l'intéressé est un adulte capable en phase terminale qui décide, en toute liberté, en pleine connaissance de cause et sans influence indue de la part de tiers, de recourir à l'aide d'un médecin dans le but de se suicider. La Cour déclare en outre que la loi RCW 9A.36.060 est inconstitutionnelle parce qu'elle viole le droit à la protection égale garantie par le quatorzième amendement en interdisant aux patients en phase terminale de se suicider avec l'aide d'un médecin, tout en leur permettant de refuser ou d'interrompre les traitements de survie.

Il importe de souligner que les décisions ci-dessus ont été rendues par des tribunaux inférieurs. D'ailleurs, l'affaire *Compassion in Dying v. State of Washington* a été portée en appel devant la neuvième Cour d'appel de circuit le 7 décembre 1994,<sup>188</sup> et une décision est attendue au printemps de 1995. On s'attend également à ce qu'il soit interjeté appel de la décision dans l'affaire *Quill v. Koppell*.



Aux deux causes précédentes, jugées au niveau fédéral, s'ajoutent diverses contestations semblables engagées devant les tribunaux de l'État du Michigan au sujet des lois interdisant l'aide au suicide. En décembre 1994, le plus haut tribunal de l'État du Michigan a déclaré que la constitution fédérale ne prévoit pas de droit au suicide avec l'aide d'un médecin.<sup>189</sup>

### Projets de modification

Un certain nombre de mesures officielles ont été prises, sans succès, pour faire légaliser l'euthanasie ou l'aide au suicide dans divers États. Ces mesures sont les suivantes :<sup>190</sup>

*Washington Initiative 119 (1991)* : L'Initiative visant la mort dans la dignité aurait permis l'euthanasie volontaire pour les adultes capables en phase terminale ayant moins de six mois à vivre. Le texte législatif comprenait un certain nombre de mesures de protection précises. Il fut rejeté lors d'un référendum d'État, par un vote de 54 p. 100 contre 46 p. 100.

*California Proposition 161 (1992)* : Le *Death With Dignity Act* aurait légalisé tant l'euthanasie que le suicide avec l'aide d'un médecin, en reconnaissant le droit aux adultes capables en phase terminale, avec une espérance de vie de moins de six mois, de donner une autorisation écrite pour qu'un médecin mette fin à leur vie de façon indolore et humaine et en respectant la dignité. Le projet de loi a été rejeté lors d'un référendum d'État, par un vote de 54 p. 100 contre 46 p. 100.

*Iowa Senate File 2066* : Le *Assistance in Dying Act* aurait permis aux adultes capables et conscients en phase terminale, avec une espérance de vie de moins de six mois, de bénéficier d'une euthanasie volontaire sur demande écrite.

*Maine Legislative Document No. 2257 (1992)* : Ce texte législatif, portant sur la mort avec l'aide d'un médecin, aurait permis l'euthanasie volontaire pratiquée par un médecin sur la personne d'adultes capables en phase terminale destinés à mourir dans un laps de temps relativement court.

*Michigan House Bill 5415* : Le *Death With Dignity Act 1992* aurait permis aux adultes capables d'autoriser ou de rejeter une aide à mourir. La loi prévoyait du counseling pour le patient, une période d'attente de 60 jours, l'enregistrement sur vidéo de la mise en application de la directive et un rapport sur les mesures prises pour aider à mourir.

*New Hampshire House Bill 395* : Le *Death With Dignity Act* aurait permis aux adultes capables en phase terminale de demander une aide au suicide mais pas une euthanasie active. La loi aurait obligé le médecin traitant à consulter un comité de déontologie médicale concernant son pronostic au sujet du patient, sa lucidité et le caractère volontaire de la demande.

*Oregon Senate Bill 1141* : Cette loi aurait autorisé l'euthanasie volontaire pour les adultes capables en phase terminale ayant moins de six mois à vivre. Elle contenait également des dispositions touchant les patients dans un coma permanent ou dans un état végétatif persistant, puisqu'elle autorisait la préparation de directives préalables pour demander l'euthanasie dans de tels cas.

*Texas Senate Bill 1301 (1993)* : Cette loi aurait autorisé les personnes capables en phase terminale, y compris les mineurs, à présenter une requête à un tribunal des successions afin d'avoir droit à une aide

---

189 *People v. Kevorkian*, Nos. 99591 and 99674, fusionnés dans *Hobbins et al. v. Michigan*, No. 99752, slip op. p. 22-44 (Mich., 13 décembre 1994).

190 Cheryl K. Smith et Michele A. Tropkowski, éd., *Aid-In-Dying Legislative Proposals 1990-1993* (Oregon: The Hemlock Society U.S.A., 1993; Russel Ogden, *Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and in the United States* (pour la 46<sup>e</sup> Conférence annuelle de la American Society of Criminology, 1994) [non publié], p. 10-12.



médicale pour mourir. Elle exigeait également la présence de deux adultes comme témoins à l'intervention euthanasique.

*New York Article 49 (1994)* : Cet article aurait permis aux adultes capables en phase terminale ayant moins de six mois à vivre de demander de l'aide pour mourir. Il prévoyait un certain nombre de mesures de protection et exigeait un rapport sur toutes les interventions visant à hâter la mort.

La seule mesure destinée à permettre une forme d'aide à la mort aux États-Unis qui ait été adoptée jusqu'à maintenant est la Mesure 16, proposée dans l'État d'Oregon par ERGO, *Euthanasia, Research & Guidance Organization*. Cette mesure est une initiative des citoyens à l'échelle de l'État qui permet aux patients admissibles de demander une ordonnance pour des médicaments leur permettant de mettre fin à leurs jours, pourvu que certaines conditions soient remplies.<sup>191</sup> Cette mesure, appelée le *Oregon Death With Dignity Act*, a été officiellement adoptée le 8 novembre 1994 par un vote de 51 p. 100 contre 49 p. 100. Toutefois, avant son entrée en vigueur, l'initiative a fait l'objet de contestations fondées sur la constitution engagées par deux médecins, quatre patients en phase terminale, un établissement de soins en résidence et des exploitants de tels établissements.<sup>192</sup> Les demandeurs ont présenté une motion afin d'obtenir une injonction préliminaire visant à retarder la mise en application de la loi jusqu'à ce que soient réglées les questions constitutionnelles. Le juge Hogan de la Cour de district des États-Unis pour le district de l'Oregon a accordé l'injonction en date du 27 décembre 1994.

Il convient aussi de souligner que plusieurs États ont nommé des groupes de travail composés d'experts chargés d'analyser le dossier et de présenter des recommandations aux assemblées législatives d'État. Or les groupes de travail sont divisés sur la question. Par exemple, celui de l'État de New York s'est prononcé contre une réforme législative, alors que le groupe de travail du Michigan est en faveur d'une telle réforme.<sup>193</sup> La liste complète des recommandations du groupe de travail de l'État de New York se trouve à l'annexe N du présent rapport.

191 L'initiative à l'échelle de l'État est une méthode constitutionnellement valide pour l'adoption de dispositions législatives dans l'État de l'Oregon. Elle comporte comme avantages le fait de permettre l'adoption de dispositions législatives sans passer par l'Assemblée législative et une participation plus active de la population au processus législatif.

192 *Lee et al. v. State of Oregon, et al.*, No. 94-6467-HO (D.Or.).

193 Tucker, «Physician Aid in Dying: A Constitutional Right», p. 13.

## France

### Aide au suicide

Il n'existe aucune disposition précise dans le *Code pénal* français interdisant l'aide au suicide. L'aide au suicide peut toutefois être assimilée à la non-assistance à une personne en danger, en application de l'article 63 du *Code*, qui prévoit ce qui suit :

Sans préjudice de l'application, le cas échéant, des peines plus fortes prévues par le présent code et les lois spéciales, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 360 F à 20 000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un fait qualifié crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

En 1988, en réaction à un guide sur le suicide, le gouvernement a promulgué deux nouveaux articles s'ajoutant au *Code* et interdisant la provocation au suicide. Une distinction est donc établie, en France, entre la provocation et l'aide au suicide.

À «l'incitation et l'aide» au suicide évoquées par la proposition de loi adoptée par la Haute Assemblée, l'Assemblée nationale a préféré la notion de «provocation au suicide». Ce faisant, les députés n'ont pas voulu que, par le biais de la proposition de loi, soit abordé le délicat problème de l'euthanasie.<sup>194</sup>

Les dispositions figurent maintenant dans le *Code pénal* révisé et prévoient ce qui suit :

*223-13 Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.*

*Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans.*

*223-14 La propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.*

*223-15 Lorsque les délits prévus par les articles 223-13 et 223-14 sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.*

Les articles susmentionnés ne visent pas l'aide au suicide, mais concernent uniquement les cas de provocation au suicide d'autrui.

---

<sup>194</sup> Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la Proposition de loi modifiée par l'Assemblée nationale tendant à réprimer la provocation au suicide, n° 172, Première session ordinaire de 1987-1988, Sénat, Annexe au procès-verbal de la séance du 16 décembre 1987, p. 11.

## Euthanasie

Les actes d'euthanasie sont assimilés à l'homicide dans le *Code pénal* français.

Les articles 295 et 296 du *Code* portent sur l'homicide et stipulent que :

*295. L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre.*

*296. Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens, est qualifié d'assassinat.*

En outre, les articles 221-5 et 221-6 du *Code pénal* révisé disposent que :

*221-5. Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement [...] puni de 30 ans de réclusion criminelle.*

*221-6. Le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.*

Il convient de souligner que le mobile de l'accusé ou le consentement de la victime ne constituent pas une excuse en vertu de la loi et n'atténuent pas le crime.

Toutefois, en raison de la révision du *Code pénal* en 1986, la doctrine de l'«état de nécessité» a été codifiée dans le nouvel article 122-2 qui prévoit que :

*122-2 : N'est pas punissable, la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.*

## Jurisprudence

Dans les causes d'euthanasie, la magistrature applique de façon plutôt stricte les dispositions du *Code pénal*. Toutefois, les cours d'assises, qui ont habituellement compétence pour juger ces causes, sont très indulgentes et acquittent presque systématiquement les accusés. À tout le moins, elles tiennent compte des circonstances atténuantes.<sup>195</sup> Dans de telles causes, le jury n'est tenu que de répondre par «oui» ou par «non» à la question concernant la culpabilité et n'est pas obligé de fournir les raisons de sa décision. Il est donc difficile de déterminer les principes juridiques applicables aux causes d'euthanasie.

En ce qui concerne l'article 63 du *Code pénal*, portant sur la non-assistance à personne en danger, il semble, d'après la jurisprudence, qu'une personne puisse être déclarée coupable d'une telle infraction si elle a omis d'empêcher un suicide ou n'a pas agi à temps pour empêcher l'accomplissement de l'acte.<sup>196</sup>

L'affaire de *M. Le Bonniec*, fortement médiatisée, concerne l'article 63, alinéa 2. Le Bonniec est l'un des auteurs du guide sur le suicide. Un lecteur lui avait écrit à deux reprises et, lui faisant part de ses idées suicidaires, lui avait demandé conseil sur des moyens de se suicider. L'auteur lui a indiqué la dose requise pour mettre fin à ses jours. Son correspondant s'est suicidé. L'auteur a été accusé de non-assistance à personne en danger et a été reconnu coupable en première instance.

195 L'Euthanasie, Services des affaires européennes, Cellule de législation comparée, Sénat, Paris, janvier 1991, p. 18.

196 L'Euthanasie, Services des affaires européennes, Cellule de législation comparée, Sénat, Paris, janvier 1991, p. 18.



Lors du pourvoi devant la Cour d'appel, celle-ci a confirmé le jugement du tribunal inférieur pour les raisons suivantes :

D'abord, l'auteur «ne pouvait douter de la détermination (de son correspondant) de réaliser son intention suicidaire» à la lecture de ses lettres et de l'«imminence du danger» auquel celui-ci était exposé. En second lieu «qu'à l'évidence une intervention immédiate était nécessaire pour prévenir un péril mortel constant et imminent couru par Michel Bonnal dont l'état de détresse et la fragilité psychique étaient connus d'Yves Le Bonniec». Ensuite «qu'il était possible à l'auteur soit d'user de son influence, soit d'alerter une association de prévention». Enfin et surtout «en fournissant au désespéré les renseignements par lui demandés, il lui a permis de mettre à exécution son projet suicidaire». La Cour, constatant la non-assistance à personne en danger, majorait fortement les pénalités en condamnant Le Bonniec à six mois d'emprisonnement avec sursis, à 10 000 francs d'amende et à des réparations civiles.<sup>197</sup>

La Chambre criminelle a confirmé la décision.<sup>198</sup>

### Projets de modification

Une proposition de loi, tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité, a été présentée sans succès au Sénat en mai 1989.<sup>199</sup> Elle prévoyait ce qui suit :

Tout majeur sain d'esprit a la faculté de déclarer, au cas où il serait atteint d'une maladie invalidante, incurable ou irréversible, pathologique ou jugée par lui inacceptable :

- qu'il demande que tous les moyens soient employés pour calmer ses souffrances, même si les seuls restant efficaces abrégeraient sa vie...

La déclaration de volonté devait être entièrement de la main du déclarant et signée par lui. Elle devait être renouvelée tous les cinq ans et pouvait être révoquée à tout moment. Le déclarant pouvait nommer un mandataire chargé de voir à l'exécution de ses volontés. Selon la proposition, il n'y avait ni crime ni délit à aider quelqu'un à mourir sur sa demande ou sur la demande de son mandataire agissant en vertu de la déclaration du patient. La proposition modifiait également l'article 63 du *Code pénal* afin que les médecins ou l'équipe soignante puissent permettre au patient de bénéficier de l'euthanasie sans s'exposer à des poursuites criminelles.

Une autre proposition de loi,<sup>200</sup> identique à celle présentée au Sénat, a aussi été soumise à l'Assemblée nationale en décembre 1989. Cette proposition est restée en plan lors du changement à l'Assemblée nationale en 1993.

---

197 Jacques Borricand, La répression de la provocation au suicide : de la jurisprudence à la loi, *La Semaine Juridique*, Éd. G. n° 46, # 3359.

198 Cass. crim. 26 avril 1988 : Bull. crim. n. 178.

199 Proposition de loi n° 312 rectifiée tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité et à modifier l'article 63 du Code pénal. Paris, Sénat, 18 mai 1989, déposée par M. Boeuf et M. Laucournet.

200 Proposition de loi tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité, n° 999, Assemblée nationale, présentée par M. Bernard Charles.

Une troisième proposition, intitulée « Proposition de résolution sur l'assistance aux mourants » et présentée au Parlement européen en avril 1991, aurait permis l'euthanasie dans les hôpitaux et les centres de soins palliatifs dans certaines circonstances. Le Comité national consultatif d'éthique et le Conseil national de l'ordre des médecins en France ont désapprouvé la résolution, qui n'a pas été adoptée par le Parlement européen.

## Australie

L'Australie est un État fédéral, mais l'administration du système de justice criminelle relève principalement de chaque État et territoire.<sup>201</sup> Il existe en Australie trois sources de droit criminel, soit : les codes criminels du Queensland, de l'Australie-Occidentale, du Territoire du Nord et de la Tasmanie, la common law, qui est appliquée avec un minimum d'ingérence législative dans les États de Victoria et d'Australie-Méridionale, et la *Crimes Act* 1900 qui a cours en Nouvelle-Galles du Sud et dans le Territoire de la capitale australienne.<sup>202</sup>

### Aide au suicide

L'aide au suicide est une infraction dans toutes les zones de compétence australiennes. Dans le Territoire de la capitale australienne, en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie-Méridionale et dans l'État de Victoria, le fait d'inciter, de conseiller, d'aider ou d'encourager une personne à se suicider ou à tenter de se donner la mort constitue une infraction.<sup>203</sup> En vertu des codes du Territoire du Nord, du Queensland et de l'Australie-Occidentale, quiconque conseille ou aide une personne à s'enlever la vie ou provoque son suicide commet une infraction.<sup>204</sup> En Tasmanie, il y a infraction quand on incite ou aide une personne à se tuer.<sup>205</sup> Les peines prévues pour l'aide au suicide varient d'une instance à l'autre. Par exemple, le Territoire de la capitale australienne prévoit dix ans d'emprisonnement,<sup>206</sup> alors que la Nouvelle-Galles du Sud a deux peines distinctes selon que le coupable a aidé, encouragé et incité une personne à se suicider, ou qu'il lui a conseillé le suicide. Dans le premier cas, la peine maximale est de dix ans tandis que, dans le second, elle est de cinq ans.<sup>207</sup> En Australie-Méridionale, la peine est plus sévère si la tentative de suicide réussit.<sup>208</sup>

Les circonstances qui entourent l'infraction, l'état de la personne qui souhaite se suicider, le fait qu'elle ait demandé de l'aide pour mettre fin à ses jours et les facteurs qui ont motivé l'infraction sont sans importance lorsqu'il s'agit d'établir les éléments de l'infraction dans les cas d'aide au suicide.<sup>209</sup>

Certains États sont dotés de dispositions législatives portant précisément sur les pactes suicidaires. Dans l'État de Victoria par exemple, est condamné pour homicide involontaire coupable quiconque donne suite à un tel pacte et tue l'autre personne ou est complice d'un tiers qui la tue.<sup>210</sup> Par contre, en Nouvelle-Galles du

201 Margaret Otłowski, « Mercy Killing Cases in the Australian Criminal Justice System » (1993) 17 *Criminal Law Journal* 10, p. 11.

202 Ian Temby, « Euthanasia — Is it Murder » (1988) 21:1 *Australian Journal of Forensic Sciences* 2, p. 3.

203 *Crimes (Amendment) Ordinance (No. 2)* 1990 (A.C.T.), s.17(1), (2); *Crimes Act* 1900 (N.S.W.), s.31c(1), (2), tel que modifié par *Crimes (Mental Disorder) Amendment Act* 1983 (N.S.W.); *Criminal Law Consolidation Act* 1935 (S.A.), s.13(a)(5), (6), (7), tel que modifié par *Criminal Law Consolidation Act Amendment Act* 1983 (S.A.); et *Crimes Act* 1958 (Vic.), s.6B(2).

204 *Criminal Code* 1983 (N.T.), s.168; *Criminal Code* 1899 (Qld), s.311; *Criminal Code* 1913 (W.A.), s.288.

205 *Criminal Code* 1924 (Tas.), s.163.

206 *Crimes (Amendment) Ordinance (No.2)* 1990 (A.C.T.), s.17(1), (2).

207 *Crimes Act* 1900 (N.S.W.), s.31c(1), (2), tel que modifié par *Crimes (Mental Disorder) Amendment Act* 1983 (N.S.W.).

208 *Criminal Law Consolidation Act* 1935 (S.A.), s.13(a)(5), (6), (7), tel que modifié par *Criminal Law Consolidation Act Amendment Act* 1983 (S.A.).

209 Margaret Otłowski, « Mercy Killing Cases », p. 12.

210 *Crimes Act*, 1958, section 6B(1), (3), (4).

Sud, le survivant d'un pacte suicidaire n'est pas coupable de meurtre ou d'homicide involontaire coupable, mais peut être condamné pour avoir aidé, encouragé, conseillé ou incité une personne à se donner la mort.<sup>211</sup>

## Euthanasie

La législation en matière d'euthanasie est sensiblement la même partout en Australie. En vertu des principes de droit criminel existants dans les zones de compétence régies tant par le code criminel<sup>212</sup> que par la common law,<sup>213</sup> tout acte commis délibérément afin de provoquer la mort d'une personne est assimilé à un meurtre.<sup>214</sup>

Il convient de souligner que, lorsqu'il s'agit d'établir la responsabilité criminelle, le fait que la personne tuée était en phase terminale ou atteinte d'une maladie incurable ou avait formulé le désir de mourir n'est pas pertinent,<sup>215</sup> non plus que le délinquant ait agi par compassion. Comme l'écrit un auteur :

Que le médecin traitant puisse avoir agi par compassion et pour les motifs les plus louables ne change pas la désignation de l'infraction en tant que meurtre. L'élément mental du crime ou *mens rea* — soit l'intention de tuer — serait présent, de même que l'*actus reus* — c'est-à-dire la perpétration de l'acte criminel. Le motif, le fait que le patient ait demandé à mourir ou que la mort naturelle ait été imminente n'entrent pas en ligne de compte.<sup>216</sup>

Par le passé, l'emprisonnement à perpétuité était la peine obligatoire pour meurtre dans toutes les zones de compétence australiennes. Certains États en ont fait une peine maximale. La détermination de la peine pour meurtre est maintenant laissée à la discrétion des juges dans le Territoire de la capitale nationale, en Nouvelle-Galles du Sud et dans l'État de Victoria. Par contre, l'emprisonnement à perpétuité pour meurtre reste obligatoire dans le Territoire du Nord, le Queensland, l'Australie-Méridionale, la Tasmanie et l'Australie-Occidentale.<sup>217</sup>

---

211 *Crime Act*, 1990, S31B cité dans Sharma, «Euthanasia in Australia» p. 138.

212 Tasmanie, Queensland, Australie-Occidentale et Territoire du Nord.

213 Victoria et Australie-Méridionale. En Nouvelle-Galles du Sud, le droit criminel figure principalement dans le *Crimes Act* 1900 (N.S.W.). Cette loi s'applique également dans le Territoire de la capitale australienne en vertu du paragraphe 6(1) du *Seat of Government Acceptance Act* 1909.

214 Otlowski, «Mercy Killing Cases», p. 12, et Temby, «Euthanasia», p. 3.

215 À noter que, dans toutes les instances, le consentement de la victime n'est pas pertinent pour les questions d'homicide. Par exemple, l'alinéa 53a) du *Code criminel* de la Tasmanie porte que :Personne n'a le droit de consentir à ce que a) la mort lui soit infligée;... et tout consentement donné en violation de ce qui précède ne modifiera en rien la responsabilité criminelle. Tous les autres États régis par un code criminel sont dotés de dispositions semblables. Dans les États soumis à la common law, la jurisprudence dispose qu'une personne ne peut pas consentir à sa propre mort. Voir Sharma dans «Euthanasia in Australia», p. 133.

216 K.M. Sharma, «Euthanasia in Australia» (1986) 2 *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 133. Voir aussi Otlowski, «Mercy Killing Cases», p. 12.

217 Otlowski, «Mercy Killing Cases», p. 18.



## Jurisprudence

En Australie, les poursuites sont rares dans les cas d'aide au suicide ou d'euthanasie.<sup>218</sup> Une affaire qui s'est déroulée en 1983 dans le Territoire de la capitale australienne constitue un exemple de poursuite abandonnée. Elle concernait une femme ayant tué sa soeur malade en phase terminale qui avait déjà exprimé le voeu de mourir. Même si une présomption légale de meurtre avait été établie, le procureur général du Commonwealth a décidé de ne pas engager de poursuites, et ce, parce que la preuve était principalement circonstancielle et qu'il était peu probable qu'un jury rende un verdict de culpabilité.<sup>219</sup>

L'affaire *R. v. Larkin*, en 1983, constitue toutefois un exemple d'un procès qui a abouti à une condamnation. Une infirmière avait administré une dose fatale d'insuline à son compagnon maniaco-dépressif qui, à maintes reprises, avait menacé de se suicider. Le défunt avait pris une surdose de comprimés pendant que l'accusée était au travail. Lorsque celle-ci est rentrée à la maison, son compagnon a de nouveau réitéré son désir de mourir et a tenté de s'injecter une dose fatale d'insuline. L'accusée a alors acquiescé à la demande et a administré l'injection fatale. Elle a plaidé coupable à l'accusation d'avoir aidé et encouragé quelqu'un à se suicider et la Cour suprême de Victoria lui a imposé un cautionnement de trois ans pour bonne conduite.<sup>220</sup>

L'arrêt *Barnes*, jugement inédit de la Cour suprême de la Nouvelle-Galles du Sud, mettait en cause un infirmier auxiliaire accusé de tentative de meurtre pour avoir apparemment administré une dose non autorisée de pethidine à une patiente âgée. Il s'était ensuite donné une surdose afin de se suicider. La patiente a survécu à la dose excessive mais est décédée quelque temps plus tard de cause naturelle. L'accusé a avoué avoir administré le médicament pour tuer la patiente, mais a soutenu que celle-ci éprouvait des douleurs aiguës et qu'il avait agi par compassion. Il a plaidé non coupable à l'accusation de tentative de meurtre. Lors du procès, il a nié avoir administré la surdose et a affirmé ne plus se souvenir de ce qui s'était passé cette nuit-là. Des preuves ont été présentées à l'effet que l'accusé était à l'époque sous traitement psychiatrique. Le jury a rendu un verdict de non-culpabilité.<sup>221</sup>

## Projets de modification

Un certain nombre d'instances en Australie ont pris des mesures pour réformer les lois sur l'euthanasie ou sur l'aide au suicide. Soulignons en particulier les initiatives du Territoire du Nord, de l'Australie-Méridionale et du Territoire de la capitale australienne, où des projets de loi visant à légaliser une forme quelconque d'aide à la mort ont été déposés.

Le 21 février 1995, un projet de loi d'initiative parlementaire intitulé le *Rights of the Terminally Ill Act* 1995 a été présenté par Marshall Perron, premier ministre du Territoire du Nord. Le projet de loi a été adopté le 25 mai 1995 par les 25 membres de l'assemblée du Territoire du Nord. La Loi donne au patient en phase terminale le droit de demander qu'une personne possédant les compétences médicales voulues l'aide à mettre fin volontairement à ses jours. Maladie terminale s'entend d'une maladie dont «on est médicalement fondé de croire qu'elle finira par entraîner la mort sans l'application de mesures thérapeutiques extraordinaires jugées inacceptables par le patient». Le médecin peut aider le patient à mourir seulement si les conditions suivantes sont réunies :

218 Otłowski, «Mercy Killing Cases», p. 13, et Temby, «Euthanasia», p. 6; Sharma, «Euthanasia in Australia» p. 142.

219 Le nom de la défenderesse ne peut pas être publié en raison d'une ordonnance de suppression de la Cour. Pour une description de l'affaire, voir : Otłowski, «Mercy Killing Cases», p. 15-16, et Sharma, «Euthanasia in Australia», p. 141.

220 Sharma, «Euthanasia in Australia», p. 141, et Otłowski, «Mercy Killing Cases», p. 25.

221 Pour un examen plus détaillé de l'affaire, voir Otłowski, «Mercy Killing Cases», p. 20.

Le patient a 18 ans ou plus.

Le médecin considère que le patient est atteint d'une maladie terminale, qu'il est déraisonnable de croire qu'une mesure médicale jugée acceptable par le patient peut entraîner une guérison, et que le seul traitement consiste à soulager la douleur, la souffrance ou la détresse.

Le patient a été examiné par un second médecin qui a confirmé le diagnostic et le pronostic posés par le premier.

La maladie provoque chez le patient un niveau élevé de douleur, de souffrance ou de détresse.

Le médecin a informé le patient de la nature de la maladie, de son issue probable et des traitements médicaux existants, dont les soins palliatifs, le counselling, le soutien psychiatrique et les mesures extraordinaires.

Le patient est sain d'esprit, ce qui est attesté par un médecin.

Le patient fait une demande par écrit et la signe devant deux médecins. Si le patient est physiquement incapable de signer le formulaire, toute personne de 18 ans ou plus (autre que les médecins) peut, à la demande du patient et en présence de celui-ci et des deux témoins, signer la demande au nom du patient.

Le médecin fournit lui-même l'aide demandée ou reste sur place pendant que l'aide est donnée, jusqu'à la mort du patient.

Le *Voluntary Euthanasia Act* 1995 a récemment été présenté par le député John Quirke au Parlement de l'Australie-Méridionale. En vertu de cette loi, les patients en phase terminale pourraient, à leur demande, recevoir une aide à la mort. Tout patient en phase terminale âgé de 18 ans ou plus et à qui les médecins n'accordent pas plus de 12 mois à vivre pourrait faire une demande d'euthanasie volontaire ou d'aide au suicide. Voici les conditions à respecter pour ce faire :

Le patient en phase terminale est sain d'esprit, ce qui est attesté par les témoins de la demande.

Le patient est apte à prendre la décision et, de fait, il doit lui-même la prendre : la décision ne peut être prise par un tiers.

Le diagnostic et le pronostic de la maladie terminale sont confirmés par deux médecins, l'un qui a suivi le patient et l'autre qui, n'ayant pas participé au traitement du patient au jour le jour, confirme le diagnostic et le pronostic après un examen complet.

La demande est faite par écrit et est signée par le patient en phase terminale. Son authenticité est attestée par un médecin et par un autre témoin adulte. Une demande verbale peut être faite quand le patient est incapable d'écrire. La demande peut alors être rédigée par les témoins et, si possible, sa formulation par le patient est enregistrée sur vidéo.

Le médecin donne au patient des renseignements complets sur le diagnostic et sur les formes de traitement disponible, notamment les risques, les effets secondaires et les résultats probables; il lui indique aussi la procédure euthanasique proposée, les risques associés à la procédure et les autres solutions réalistes.



Dans le Territoire de la capitale australienne, un projet de loi sur l'euthanasie, en train d'être examiné par le conseiller parlementaire, devrait être déposé en juin de cette année. Michael Moore présentera le *Voluntary and Natural Death Bill* 1993, qui permettrait à une personne saine d'esprit, âgée de 18 ans et qui souffre d'une maladie terminale de demander qu'aucune mesure extraordinaire ne soit prise ou qu'un médicament lui soit administré dans le but de provoquer la mort. L'article 3 du projet de loi définit la maladie terminale comme suit :

*Toute maladie, blessure ou dégénérescence des facultés mentales ou physiques n'offrant aucune possibilité raisonnable de guérison ou de rémission même si des mesures extraordinaires étaient appliquées et dont la nature est telle*

*a) que la mort est imminente si des mesures extraordinaires ne sont pas appliquées;*

*b) qu'il y a inconscience ou absence de perception.*

Le *Voluntary and Natural Death Bill* 1993 établit une série de conditions, semblables à celles qui figurent dans les autres projets de loi, qu'il faut remplir pour pouvoir demander une aide à la mort. Ainsi par exemple, la demande doit être attestée par deux témoins qui ne sont ni des parents ni des héritiers du patient en phase terminale; un médecin doit informer le patient de la nature de sa maladie, des autres solutions thérapeutiques existantes et des conséquences de l'absence de traitement; de plus, le médecin ne doit pas accéder à la demande avant d'avoir consulté un second médecin qui n'a pas traité le patient et qui approuve la demande.

## Allemagne

### Aide au suicide

Il n'y a pas de disposition expresse interdisant l'aide au suicide dans le *Code pénal allemand*. La participation active d'une personne au suicide ou à la tentative de suicide d'une autre n'est ni criminalisée, ni punissable, pourvu que la personne qui se suicide exerce un contrôle sur l'acte du suicide conformément à la doctrine du «*Tatherrschaft*» qui a été élaborée par les tribunaux allemands. Cette doctrine pose qu'il faut être en mesure d'exercer un contrôle sur ses propres actions et aussi d'agir librement, de façon responsable et sans contrainte.<sup>222</sup>

Bien qu'il soit interdit, en vertu du droit allemand, d'aider une personne dérangée, dépressive ou démente à se suicider ou d'aider une personne soumise à une contrainte extérieure à le faire, l'aide apportée à une personne renseignée qui choisit volontairement de mourir n'est pas interdite comme telle.<sup>223</sup>

Il est essentiel, pour qu'il y ait absence de responsabilité, que l'acte ultime qui cause la mort soit accompli par la personne qui désire mourir. La justification de la grande insistance placée sur l'agent de la mort tient au besoin de préserver, autant que possible, la possibilité, pour la personne qui désire mourir, de choisir de renverser le processus n'importe quand. Ce contrôle est apparenté à la doctrine du «*Tatherrschaft*» : à moins que la personne qui désire mourir n'accomplisse elle-même l'acte ultime qui entraîne la mort, il y a manque de contrôle sur ses propres actions.<sup>224</sup>

222 Voir Stephanie Weinhold, «The Right to Die with Dignity in the Federal Republic of Germany and in Canada» (inédit) Université de Heidelberg, Faculté de droit, 1994 (original en allemand), p. 27-28; voir aussi Adolf Schoenke et Horst Schroeder, *Strafgesetzbuch: Kommentar*, 24<sup>e</sup> éd., (Munich: C.H. Beck 1991), p. 1552; Ulfried Neumann, «Die Strafbarkeit der Suizidbeteiligung als Problem der Eigenverantwortlichkeit» in *Juristische Arbeitsblätter* 1987, p. 244-245; Johannes Wessels, *Strafrecht-Besonderer Teil-I* 23<sup>e</sup> éd., (Heidelberg: C.F. Mueller, 1993) p. 9, 36.

223 Margaret P. Battin «Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?» (mars-avril 1992) *Hastings Centre Report*, p. 44, 45.

224 Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 23, 27-28; Schoenke/Schroeder, «Strafgesetzbuch», p. 1514.



Les dispositions relatives à l'aide et au conseil ne s'appliquent pas dans les cas d'aide au suicide, parce que ces infractions impliquent que la personne a aidé à commettre un acte illégal. Puisque le suicide n'est pas illégal, l'aide au suicide ne peut constituer une infraction en vertu de l'article 26 et du paragraphe 27(1).<sup>225</sup>

Ces articles sont ainsi conçus :

### 26. Complicité avant le fait

*Quiconque entraîne volontairement une autre personne à commettre délibérément un acte illégal est passible des mêmes peines que l'auteur principal.*

### 27. Aider et conseiller

*(1) Quiconque aide volontairement une autre personne à commettre délibérément un acte illégal est traité comme un complice.*

De nombreux auteurs allemands de doctrine ont pourtant soutenu qu'il y a une incohérence apparente parce que l'aide au suicide n'est pas illégale alors que des personnes précises agissant dans le cadre de certains rapports professionnels ou personnels (par exemple, les rapports patient-médecin) ont, en vertu des articles 13 et 323c du *Code*, l'obligation de porter secours à une personne qui a tenté de se suicider.<sup>226</sup> Ces dispositions posent ce qui suit :

### 13. Perpétration par omission

*(1) Quiconque omet d'empêcher un événement constituant l'un des éléments d'une infraction criminelle en vertu d'une loi pénale est coupable en vertu de cette loi s'il est légalement tenu d'empêcher la survenance de cet événement et si l'omission équivaut à la perpétration active de l'infraction criminelle.*

### 323c Omission de prêter assistance

*Quiconque omet de prêter assistance en cas d'accident, de danger commun ou d'urgence, même si cette assistance est requise et s'il est raisonnable de s'attendre à ce que dans les circonstances la personne en cause fournisse l'assistance, surtout si elle peut la fournir sans grand risque pour elle-même et sans violer quelque obligation importante, est passible soit d'une amende, soit d'une peine maximale d'un an d'emprisonnement.*

Ces articles créent une obligation positive d'intervenir dans certaines circonstances. Leur effet est de réduire le rôle du médecin dans les suicides et d'isoler le patient de l'assistance du *médecin* pour mettre fin à ses jours.<sup>227</sup> Ainsi, un auteur écrit : « Bien qu'il ne soit pas défendu à un médecin de donner un médicament mortel à un patient, dès que le patient a pris le médicament et devient inconscient, le médecin a le devoir de le réanimer. »<sup>228</sup>

De fait, certains tribunaux ont appliqué ces dispositions en combinaison avec l'article 216 (homicide à la demande de la personne) afin d'entamer l'immunité contre les poursuites criminelles en cas d'aide au suicide.<sup>229</sup>

225 Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 23; Johannes Wessels, *Strafrecht*, p. 9.

226 Walter Gropp, «Suizideteiligung und Sterbehilfe in der Rechtsprechung» in *Neue Zeitschrift fuer Strafrecht* 1986, p. 97; Ulf Bade, *Der Arzt an den Grenzen von Leben und Recht* (Luebeck:Schmidt-Roemhild, 1988), p. 147. Pour une analyse détaillée de l'application par les tribunaux allemands des articles 13, 323c et 216 du *Code pénal allemand*, voir Weinhold, «The Right to Die», p. 31-34.

227 Pour une analyse plus détaillée du rôle des médecins en Allemagne et des efforts pour isoler la profession médicale de l'aide au suicide, voir Battin, «Assisted Suicide», p.45-46.

228 Voir Battin, «Assisted Suicide», p.45-46; voir aussi l'arrêt *Wittig*, BGH, 3. Strafsenat, le 4 juillet 1984.

229 Voir Battin, «Assisted Suicide», p. 45-46; voir aussi l'arrêt *Wittig*, BGH (Cour fédérale d'appel), 3. Strafsenat, le 4 juillet 1984.

Dans l'affaire *Wittig*, qui illustre cet argument, un médecin a trouvé sa patiente inconsciente après qu'elle eut tenté de se suicider. Il n'a pas entrepris quoi que ce soit pour ranimer la patiente parce qu'il savait qu'elle avait manifesté l'intention de se suicider et qu'il a estimé qu'elle ne pouvait pas être ranimée sous peine de dommages permanents. Un auteur a évalué cette décision comme suit :

La Cour (Cour fédérale d'appel) a statué qu'il existait un rapport spécial entre le médecin et son patient. De plus, en vertu des articles 13 et 323c du Code pénal allemand, l'omission de prêter assistance en cas d'accident quand on peut le faire constitue une infraction criminelle. La Cour a invoqué la doctrine du «*Tatherrschaft*» et affirmé qu'à l'arrivée du D<sup>r</sup> Wittig, la personne ayant le contrôle de l'acte ultime avant le décès de la patiente n'était plus la même. La Cour a acquitté le D<sup>r</sup> Wittig en s'appuyant sur l'argument plutôt faible qu'il avait pris une «décision médicale dictée par sa conscience» en ne réanimant pas la patiente parce qu'il croyait qu'elle avait déjà subi de graves dommages cérébraux lorsqu'il est arrivé.<sup>230</sup>

Cet arrêt a été critiqué.

Cette interprétation de la doctrine du «*Tatherrschaft*» mine gravement l'avis que l'aide au suicide ne constitue pas une infraction criminelle. À moins que le décès ne survienne immédiatement, il se trouve que la personne qui apporte son aide est tenue de «sauver» la personne qui souhaite mourir dès que cette dernière a perdu conscience. Walter Groop utilise la comparaison suivante : une personne fournit une corde à celle qui souhaite mourir, mais elle est tenue de couper cette corde dès que la personne souhaitant mourir a perdu la capacité d'agir. Essentiellement, les tribunaux se servent de la menace de sanction en vertu de l'article 216 pour permettre le traitement forcé.

De plus, l'article 323c du *Code pénal allemand* s'applique en cas d'«accident». Il est douteux qu'on puisse considérer toutes les tentatives de suicide comme des accidents.<sup>231</sup>

---

230 Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 4.

231 Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 5.

## Euthanasie

En Allemagne, les actes d'euthanasie peuvent se classer en trois catégories : le meurtre, l'homicide involontaire coupable ou l'homicide à la demande de la victime. L'homicide est un meurtre lorsqu'il est commis sans le consentement de la victime et qu'il a un motif «égoïste» ou «abject». L'article 211 du *Code pénal allemand* est ainsi conçu :

### 211. Meurtre

(1) *Le meurtre est puni de l'emprisonnement à perpétuité.*

(2) *Est coupable de meurtre quiconque, soit par malice, soit par cruauté, soit en se servant de moyens qui mettent en danger le public, soit pour faciliter la perpétration d'une infraction ou cacher un autre acte criminel, cause la mort d'un autre être humain soit pour le simple plaisir de tuer, soit pour satisfaire à une impulsion sexuelle, soit par cupidité, soit pour quelque autre motif abject.*

La disposition portant sur l'homicide involontaire coupable s'applique aux cas où il y a homicide d'une personne contre sa volonté, mais en l'absence de «motif abject».<sup>232</sup>

L'article 212 dispose :

### 212. Homicide involontaire coupable

(1) *Quiconque cause intentionnellement la mort d'un être humain d'une manière qui ne constitue pas un meurtre est coupable d'homicide involontaire coupable et passible d'un emprisonnement minimum de cinq ans.*

(2) *Dans les cas particulièrement graves, la peine sera l'emprisonnement à perpétuité.*

En outre, l'article 213 du *Code* allège la peine pour homicide involontaire coupable lorsqu'il existe des «circonstances atténuantes». Il prévoit ce qui suit :

213. *Si la personne accusée d'homicide involontaire coupable a été poussée à la colère, sauf faute de sa part, par des voies de fait ou des insultes graves commises par le défunt contre le défendeur ou l'un des membres de sa famille, et que le défendeur a agi sur le vif, ou si d'autres circonstances atténuantes existent, la peine sera l'emprisonnement pour une période d'au moins six mois.*<sup>233</sup>

Ce qui distingue le meurtre de l'homicide involontaire coupable est le motif de l'acte. De fait, le *Code pénal allemand* considère que le motif est un élément important dans la détermination de la culpabilité et en tient compte dans la classification de l'infraction et la détermination de la peine. En parlant du *Code allemand*, un auteur a écrit :

---

232 Mustafa D. Sayid, «Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws of Germany, Switzerland and the United States» (1983) 6 *Boston College International and Comparative Law Review*, p. 533-550.

233 Sayid, «Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws», p. 551.



Une fois que le juge a examiné le mobile de l'acteur, la personnalité du criminel devient manifeste. La personnalité de l'acteur comprend «les traits de son caractère, la présence ou l'absence de dangerosité et la probabilité ou l'improbabilité de récidive». Ainsi, dans le procès d'une cause d'euthanasie, le juge examinerait l'ensemble de la personnalité de l'acteur, et ne se limiterait pas à une vue partielle de l'homicide. Ce faisant, le juge peut avoir une meilleure vue d'ensemble de l'événement et donc se préparer à imposer une peine juste et équitable.<sup>234</sup>

La disposition la plus largement appliquée dans les affaires d'euthanasie est l'article 216, l'homicide à la demande de la victime. Cet article laisse aux tribunaux une certaine liberté quant à la peine à imposer si le désir explicite de mourir a été manifesté d'une certaine façon. Autrement dit, il faut que la personne ait communiqué, par paroles ou par gestes, qu'elle désirait mourir.<sup>235</sup> La demande doit être «réfléchie» et «pressante», ce qui signifie que la personne doit être apte à prendre et à exprimer volontairement sa décision.<sup>236</sup>

L'article 216 du *Code* est ainsi libellé :

**216. Homicide à la demande de la victime**

(1) *Quiconque cause la mort d'une autre personne après avoir été expressément et sincèrement prié de le faire par cette autre personne est passible d'un emprisonnement de six mois à cinq ans.*

(2) *La tentative est aussi punissable.*

## Jurisprudence

Bien que la question de savoir s'il existe un droit constitutionnel à l'euthanasie «active» ait été portée devant un tribunal inférieur et qu'une décision négative ait été rendue,<sup>237</sup> la Cour constitutionnelle d'Allemagne n'a pas encore jugé bon de statuer sur la question.

## Projets de modification

Plusieurs propositions infructueuses de modification de l'article 216 du *Code pénal allemand* ont été formulées par des médecins et des auteurs de doctrine criminelle allemands. En 1986, on a proposé la modification suivante :<sup>238</sup>

234 Sayid, «Euthanasia: A Comparison of the Criminal Laws», p. 547-548.

235 Arrêt *Uncle*, BGH, la décision du 25 novembre 1986 est consignée dans *Neue Juristische Wochenschrift* 18, p. 1092; voir Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 25.

236 Eduard Dreher et Herbert Troendle, *Strafgesetzbuch und Nebengesetze* (Munich: C.H. Beck, 1993), p. 1199. Schoenke/Schroeder, p. 1501; Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 25.

237 Arrêt *Daniela* (VG Karlsruhe (Administrative Court of Karlsruhe), la décision du 12 décembre 1987 est consignée dans *Neue Juristische Wochenschrift* 1988, p. 1536. Pour une analyse détaillée de l'arrêt *Daniela*, voir Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 66-68.

238 Cette proposition est appelée *Alternativentwurf eines Gesetzes ueber Sterbehilfe* (Projet de remplacement de disposition législative sur l'aide à la mort) et a été élaborée par un groupe de travail composé de professeurs de droit criminel et de médecine. Pour une analyse de la proposition, voir Astrid Muschke, «Gesetzliche Regelung der Sterbehilfe» (dissertation à Giessen, Allemagne, 1988), p. 152-153; Heinz Schoeck, «Menschenwuerdiges Sterben und Strafrecht» dans *Zeitschrift fuer Rechtspolitik* 1986, p. 236; et Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 93-94. Pour la proposition elle-même, voir Albin Eser et Hans-Georg Koch, *Materialien zur Sterbehilfe: Eine Internationale Dokumentation* (Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut fuer Auslaendisches und Internationales Strafrecht, 1991), p. 153.

Dans les conditions énoncées au paragraphe 1, le tribunal pourrait ne pas imposer de peine si l'homicide a mis fin à des souffrances extrêmes que la personne en cause n'était plus capable d'endurer et qui ne pouvaient être soulagées ou éliminées autrement.

Une deuxième proposition, soumise en 1989, aurait été ainsi conçue :<sup>239</sup>

Le consentement n'écarte pas l'illégalité de l'homicide sauf si, en raison d'une maladie incurable dont souffre la personne, la poursuite de la vie est contraire à son intérêt et si l'acte est accompli par un médecin.

La Société allemande pour une mort digne (*Deutsche Gesellschaft fuer Humanes Sterben*) (ci-après appelée DGHS),<sup>240</sup> qui préconise la décriminalisation de l'euthanasie, a proposé la modification suivante de l'article 216 :

*L'homicide par consentement n'est pas un acte criminel en vertu des dispositions de l'article 216 si :*

- a) la victime subit des souffrances extrêmes qu'elle ne peut plus endurer;*
- b) la victime a manifesté une volonté persistante de mourir;*
- c) la victime est dans l'impossibilité de se donner la mort; et*
- d) aucune des parties à l'acte n'est soumise à des pressions.*

## Suède

### Aide au suicide

Le *Code criminel suédois* ne contient pas de disposition expresse concernant l'aide au suicide.<sup>241</sup> Cependant, une personne qui en aide une autre à se suicider s'expose à une accusation en vertu des dispositions du *Code* touchant le meurtre ou l'homicide involontaire coupable. Dans de tels cas, les tribunaux infligent rarement les peines normalement prévues pour de telles infractions. Le droit pénal suédois permet l'infliction de peines moins sévères dans les cas de meurtre et d'homicide involontaire coupable puisque, dans certaines circonstances, le *Code criminel* accorde un pouvoir discrétionnaire au juge qui détermine la peine.<sup>242</sup> Le *Code* prévoit notamment qu'un juge peut infliger une peine moins sévère si l'auteur de l'infraction est motivé par une profonde compassion humaine.<sup>243</sup>

---

239 Law Library of Congress, *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/5, p. 7.

240 La DGHS a été fondée en 1980 pour faciliter le suicide aux malades en phase terminale. Pour une analyse détaillée des changements qu'elle propose, voir Weinhold, «The Right to Die with Dignity», p. 94-96; Muschke, p. 161; Jutta Detering «Forum: Paragraph 216 und die aktuelle Diskussion um Sterbehilfe» dans *Juristische Schulung* 1983, p. 418. Quant à la proposition elle-même, voir Albin Eser et Hans-Georg Koch, *Materialien zur Sterbehilfe: Eine Internationale Dokumentation* (Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut fuer Auslaendisches und Internationales Strafrecht, 1991), p. 154-155.

241 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/1995 p. 20.

242 Chapitre 23 du Code criminel tel que cité dans *Euthanasia in Foreign Countries*, *Ibid.*, p. 20.

243 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/1995 p. 20-21.

Les dispositions pertinentes se trouvent au chapitre 23 du *Code criminel*. Elles prévoient que :

*Article 1. Pour assurer une administration uniforme de la justice, les peines doivent être déterminées en vertu d'un système adapté à l'infraction ou au degré de culpabilité totale.*

*Au moment de déterminer la culpabilité, il y a lieu de porter une attention spéciale au préjudice, à l'outrage ou au danger engendrés par l'acte, à la perception de l'accusé ou celle qu'il devrait avoir de ces éléments de même qu'à ses intentions ou motifs.*

[...]

*Article 3. Au moment de déterminer la culpabilité, il faut tenir compte des points suivants — outre ceux qui s'appliquent à des cas particuliers — comme circonstances atténuantes :*

*1. L'acte criminel a-t-il été provoqué par la conduite gravement répréhensible de quelqu'un?*

*2. La capacité de l'accusé de contrôler ses actes était-elle gravement diminuée en raison d'un dérèglement psychologique ou d'un état d'excitation ou de quelque autre cause?*

*3. La conduite de l'accusé a-t-elle été manifestement influencée par un retard dans son développement, un manque d'expérience ou une capacité réduite de juger? ou*

*4. L'infraction découle-t-elle d'une grande compassion pour son semblable?*

*Des peines plus légères que les peines prescrites pour l'infraction en cause peuvent être prononcées dans ces circonstances.*

En conséquence, en vertu du paragraphe 4 de l'article 3, le tribunal peut imposer une peine moins sévère si la perpétration de l'infraction est motivée par la compassion pour la victime.

## Euthanasie

Toutes les interventions euthanasiques relèvent des dispositions du *Code criminel suédois* visant le meurtre et l'homicide involontaire coupable. Ces dispositions prévoient que :

*Article 1. Quiconque cause la mort d'une autre personne est coupable de meurtre et condamné soit à dix ans d'emprisonnement, soit à l'emprisonnement à perpétuité.*

*Article 2. Si le crime visé à l'article 1 est considéré moins grave en raison des circonstances de sa perpétration ou d'autres facteurs, la peine est celle prévue pour l'homicide involontaire coupable, soit six à dix ans d'emprisonnement.*<sup>244</sup>

Cependant, comme nous l'avons signalé ci-dessus, le *Code criminel suédois* permet aux tribunaux, dans certaines circonstances, d'infliger des peines moins sévères que celles prévues par la loi. Les dispositions à cet effet sont généralement invoquées dans les cas d'euthanasie.<sup>245</sup>

## Jurisprudence

Dans un précédent en Suède, une journaliste a été inculpée d'homicide involontaire pour avoir mis fin aux jours d'une personne handicapée, presque complètement paralysée, en lui administrant, conformément aux vœux de cette dernière, une injection létale et des comprimés. Il n'a pas été possible de déterminer si le décès a résulté de l'injection ou de l'absorption des comprimés ou d'une combinaison des deux. Le décès a

244 Code criminel, ch. 3, art. 1 & 2 (Sveriges Rikets Lag, 1994, cité dans *Euthanasia in Foreign Countries*, op. cit., p. 20.

245 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/1995, p. 21.



cependant résulté de l'administration de ces substances. Le médicament avait été fourni par un médecin qui n'a pas participé activement à l'acte d'euthanasie, sauf pour ce qui est de donner la posologie nécessaire.<sup>246</sup> La journaliste a maintenu qu'elle avait simplement aidé la victime à se suicider et qu'un tel acte n'était pas punissable. Le docteur, accusé de complicité d'homicide involontaire coupable, a également soutenu qu'il avait simplement aidé la victime à se suicider et que par conséquent, aucune peine ne devait être imposée.<sup>247</sup>

La Cour de district de Stockholm a rejeté l'argument selon lequel les deux accusés avaient uniquement aidé la personne à se suicider. Tout en acceptant l'argument de la journaliste voulant qu'elle ait agi par compassion et par respect de la dignité humaine en se conformant aux vœux du défunt, la Cour a jugé que l'accusée, en participant activement à la cessation de la vie, sans compétence dans le domaine médical, avait néanmoins violé la loi. Par conséquent, la journaliste fut reconnue coupable d'homicide involontaire coupable. Toutefois, étant donné les circonstances et le témoignage de plusieurs personnes confirmant l'affirmation de l'accusée selon laquelle le défunt ne voulait plus continuer à vivre, le tribunal a appliqué les dispositions discrétionnaires en matière de détermination de la peine et a infligé à l'accusée une peine d'emprisonnement de huit mois.<sup>248</sup> Le médecin a aussi été condamné à l'emprisonnement. La Cour a fondé son jugement sur les circonstances suivantes :

Hedeby [la journaliste], avec l'intention de faire mourir Handberg, lui a mis une dose mortelle de comprimés de somnifères dans la bouche, puis lui a versé du liquide dans la bouche pour que Handberg puisse avaler les comprimés. Elle lui a ensuite injecté à la saignée du bras une dose mortelle d'insuline. Ces gestes, qui ont causé la mort, doivent être considérés comme un seul acte. Par cet acte, Hedeby a enlevé la vie à Handberg, même si ce dernier a lui-même avalé les comprimés de somnifères. Plus précisément, le fait que Handberg souhaitait mourir indique que cet acte doit être jugé non comme un meurtre, mais comme un homicide involontaire coupable. [...] Par l'aide qu'il a apportée, de la manière alléguée par la poursuite, Toss [le médecin] s'est rendu coupable de complicité d'homicide involontaire coupable. [...] Selon la Cour de district de Stockholm, on ne peut invoquer l'urgence de la situation pour décharger Toss de sa responsabilité.<sup>249</sup>

La poursuite et l'accusée ont toutes les deux interjeté appel de la décision de la Cour de district. La Cour d'appel a confirmé la décision de la Cour de district voulant que l'accusée ait agi pour des motifs humanitaires. Toutefois, elle a conclu qu'étant donné que la journaliste avait participé activement à l'acte de hâter la mort, il était dans l'intérêt public de dénoncer clairement le comportement de l'accusée en lui infligeant une peine plus sévère. La Cour d'appel lui a donc infligé une peine d'emprisonnement d'un an au lieu de huit mois. La Cour a affirmé :

---

246 *Ibid.*, p. 20.

247 Cas no 139 (1979) *Nytt Juridisk Arkiv* (I:1979) cité dans *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/1995, p. 20.

248 *Ibid.*, p. 20.

249 Cas n° 139 (1979), *Nytt Juridisk Arkiv* (I: 1979), p. 802-817, cité dans *Euthanasia in Foreign Countries*, *op. cit.*, p. 20.

D'autre part, il y a lieu de remarquer que l'acte témoigne d'un manquement grave aux concepts juridiques qui caractérisent les dispositions du *Code pénal*, lesquelles se fondent sur le respect de la vie humaine, même quand une personne gravement malade doute de la valeur de la vie. Ne pas sanctionner sévèrement un tel manquement pourrait entraîner des conséquences complexes. Il est impossible d'abandonner les principes existants et d'accepter l'euthanasie sans disposition législative appropriée ou du moins sans certaines directives d'orientation ayant un point d'ancrage dans la société. En conséquence, la Cour d'appel conclut qu'en raison du respect dû à la loi, il est essentiel que Hedeby soit condamnée à une peine d'emprisonnement qui marque la gravité que le *Code pénal* attache à cet acte. La peine doit être plus sévère que celle mentionnée dans le jugement du tribunal.<sup>250</sup>

La Cour suprême de Suède a confirmé l'arrêt de la Cour d'appel. Elle dit :

Conformément aux affirmations du verdict de la Cour d'appel, selon la législation en vigueur, enlever délibérément la vie à une autre personne est un acte criminel, même quand cet acte est accompli à la demande de cette autre personne. En principe, cependant, une action qu'on ne peut caractériser autrement que comme la complicité dans un suicide n'est pas punissable. L'établissement de la limite entre la perpétration et la complicité est donc essentielle pour déterminer si les actes de Hedeby doivent être considérés comme criminels. Ils doivent être évalués selon les principes généraux concernant la complicité en vertu du droit pénal [...]

À la demande de Handberg, Hedeby avait promis de poser des gestes afin de mettre un terme à la vie de Handberg. Ces gestes, accomplis avec l'intention mentionnée, faisaient partie d'un plan établi par elle et mis en oeuvre pratiquement sans interruption. Pour ce qui est de la responsabilité, les gestes doivent être considérés comme un seul acte. En avalant les comprimés d'acide barbiturique, Handberg a participé activement à une étape de l'acte. Le déroulement de cet acte — à la dernière partie duquel Handberg n'a aucunement participé — se caractérisait cependant par une action si indépendante de la part de Hedeby que sa participation doit être considérée comme une perpétration. Donc, Hedeby doit être considérée comme l'auteur de l'acte qui a causé la mort de Handberg, que celle-ci résulte de l'administration de l'acide barbiturique, de celle de l'insuline ou d'une combinaison de ces substances.<sup>251</sup>

## Projets de modification

Jusqu'à maintenant, aucune mesure n'a été prise pour modifier la situation juridique actuelle en ce qui concerne l'euthanasie et l'aide au suicide en Suède.<sup>252</sup>

## Suisse

### Aide au suicide

Conformément à l'article 115 du *Code pénal suisse*, l'incitation ou l'aide au suicide rend passible de cinq ans de réclusion ou de trois ans d'emprisonnement si l'accusé a agi pour des motifs égoïstes, que le suicide

250 Ibid.

251 Ibid.

252 Euthanasie in Foreign Countries, op. cit.

ait échoué ou réussi. Parmi les motifs égoïstes figurent le gain financier et le désir de se décharger du fardeau des soins à donner à une personne. En l'absence d'un motif égoïste, l'aide au suicide n'est pas criminelle.<sup>253</sup> L'article 115 prévoit ce qui suit :

*115. Quiconque, pour des raisons égoïstes, persuade ou aide une personne à se suicider, que le suicide réussisse ou échoue, se verra infliger une peine de réclusion d'au plus cinq ans ou une peine d'emprisonnement.*

### Euthanasie

L'article 114 du *Code pénal suisse* prévoit que l'«homicide sur demande» est un crime distinct qui comporte une peine moins sévère que celle prévue pour meurtre. Il prévoit que quiconque tue par compassion et conformément à la demande pressante et urgente de l'intéressé est passible d'un emprisonnement maximal de trois ans. L'article 114 du *Code* prévoit ce qui suit :

*114. Quiconque, pour des raisons honorables, notamment la pitié, se rend à la demande réfléchie et pressante d'une personne et l'aide à mettre fin à ses jours est passible d'emprisonnement.*

Les actes d'euthanasie commis sans qu'il y ait demande explicite de la part de la victime sont assimilés au meurtre ou à l'homicide involontaire coupable, selon les circonstances.<sup>254</sup>

Par conséquent, en vertu du *Code pénal suisse*, le motif qui a poussé l'auteur de l'infraction à agir est le premier facteur qui est pris en considération lorsqu'il s'agit de déterminer la culpabilité. Selon un auteur :<sup>255</sup>

En vertu du Code pénal suisse, le motif qui a poussé l'auteur de l'infraction à agir est le facteur essentiel lorsqu'il s'agit de déterminer la culpabilité. En effet, le motif sert à décider de la dangerosité de l'accusé et à prédire s'il récidivera. On suppose en effet qu'une personne qui tue pour en tirer un bénéfice ou un gain financier recommencera, tandis que la personne qui tue par pitié ou compassion est peu susceptible de le faire.

### Jurisprudence

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'affaire marquante concernant l'aide au suicide ou l'euthanasie devant les tribunaux suisses.

### Projets de modification

À l'heure actuelle, aucune mesure de réforme n'a été prise en Suisse à l'égard des lois touchant l'aide au suicide et l'euthanasie.<sup>256</sup>

---

253 *Ibid.*

254 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/1995

255 *Euthanasia: Is It Murder or Mercy Killing?*, A comparison of the Criminal Cases in the United States, the Netherlands and Switzerland», (1990) 12 *Loy. Int'l & Comp.L.J.* 821, p. 839. Voir aussi Russel Ogden, «The Right to Die: A Policy Proposal for Euthanasia and Aid in Dying» (1994) XX:1 *Canadian Public Policy - Analyse de Politiques* 1, p. 10-11.

256 *Euthanasia in Foreign Countries*, 1994/1995.













*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canada Communication Group — Publishing  
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Groupe Communication Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9



First Session  
Thirty-fifth Parliament, 1994-96

Première session de la  
trente-cinquième législature, 1994-1996

SENATE OF CANADA

---

SÉNAT DU CANADA

---

*Special Senate Committee on*

*Comité sénatorial spécial sur l'*

## Euthanasia and Assisted Suicide

## Euthanasie et le suicide assisté

*Chairman:*  
The Honourable JOAN NIEMAN

---

*Présidente:*  
L'honorable JOAN NIEMAN

---

## INDEX

## INDEX

OF PROCEEDINGS

DES DÉLIBÉRATIONS

*(Issues Nos. 1 to 33 inclusive)*

*(Fascicules nos 1 à 33 inclusivement)*



Prepared by

Louise Therrien and Elaine Slone,  
Information and Technical Services Branch,

**LIBRARY OF PARLIAMENT**

Compilé par

Louise Therrien et Elaine Slone,  
Direction de l'information et des services techniques,

**BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT**



## SENATE OF CANADA

### Euthanasia and Assisted Suicide Senate Special Committee

1st Session, 35th Parliament, 1994-96

## INDEX

(Issues 1-33 inclusive)

*R: Issue number followed by "R" refers to the English report  
contained within that issue number*

### Abbotsford Right-to-Life Society

Written submission, 33R:A-13

### Aboriginal peoples

Euthanasia and assisted suicide, 30:19-27

### Abortion

Euthanasia and assisted suicide, legalization, comparison,  
4:59-61; 6:36-7; 7:31; 10:26-7; 12:18; 13:9-10; 15:11-3,  
44,68; 18:126,131; 20:80; 22:18,53; 24:29; 25:13,15;  
27:7,10,17,52; 28:27; 29:36,43; 31:9,12  
Birth control, historical background, 30:4-19  
Death penalty, 25:28-9; 28:27  
Guilt, 32:34  
Newborns, severely disabled, 33R:4  
Pro-life groups, concerns, 25:35; 27:59  
Reproductive technology, 23:47  
Senate, vote, 12:27-8

### Abuse

*See under*

Assisted suicide - Legalization  
Euthanasia - Legalization

### Achille, Marie, Burnaby, British Columbia

Written submission, 33R:A-13

### ACLS

*See*

Palliative care - Guidelines - Advanced Cardiac Life Support

### ACT

*See*

AIDS Committee of Toronto

### Action Committee of People with Disabilities

Background information, 15:157-8  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:149-56,159

### Action Life

Background information, 8:10  
Euthanasia and assisted suicide, study, 8:11-7,27; 33R:29,A-1

### Adams, Paul, Manitoba Physicians for Life

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:39-47,49-50;  
33R:11,57

## SÉNAT DU CANADA

### Euthanasie et le suicide assisté, Comité sénatorial spécial

1<sup>re</sup> session, 35<sup>e</sup> législature, 1994-1996

## INDEX

(Fascicules 1-33 inclusivement)

*R: Le numéro de fascicule suivi d'un "R" réfère au rapport français  
contenu dans le fascicule*

### Abbotsford Right-to-Life Society

Mémoire présenté, 33R:A-13

### Abstention et interruption de traitement de survie

Comité, rapport

Définitions, volontaire, non volontaire et involontaire, 33R:14,  
39-40

Délibérations, 33R:46-7

État du droit, 33R:40-2

*Lignes directrices des procureurs de la couronne de la  
Colombie-Britannique*, 33R:42,A-31,A-60-4

Modalités suggérées, 33R:A-49-59

Recommandations, 33R:ix-xi,48

Témoins, opinions, 33R:43-6

*Voir aussi*

*De la vie et de la mort*

Complexité, 9:34-5

Lignes directrices, procédure, 25:7; 26:14; 27:10-1,35

Familles, implications, 27:20; 31:6

Normes, aucunes, 31:17,27

Prise de décisions, 22:11; 25:6; 32:14; 33R:15

Refus du traitement, effets, 24:17-8; 27:20; 28:12-3

Droits, 30:23; 31:16; 32:41

*Voir aussi sous*

Médecine

Personnes en phase terminale - Traitements médicaux

Soins palliatifs - Traitements, interruption

Traitements médicaux

### Abus

*Voir sous*

Aide au suicide - Légalisation

Euthanasie - Légalisation

### Achemement thérapeutique

*Voir sous*

Traitements médicaux

### Achille, Marie, Burnaby, Colombie-Britannique

Mémoire présenté, 33R:A-13

### ACLS

*Voir*

Soins palliatifs - Lignes directrices - Advanced Cardiac Life  
Support

**Advance directives**

## Committee, report

Bibliography, 33R:A-19-25

Chronology, 33R:A-29,A-31

Definitions, 33R:15,47

Deliberations, 33R:50

Legal status, 33R:47-8,A-65-6

Recommendations, 33R:ix-xi,50

Witnesses, points of view, 33R:48-50

*See also**Of Life and Death*

Definitions, 17:83-5; 22:55-6; 23:24-5; 25:20-1; 27:59; 28:12

Freedom of choice, 28:11,36

Laws, legal force, problems, 23:20; 25:18; 27:13; 29:41,53

Living wills, proxies, 1:43-4; 3:12-3; 4:10-1,48-50; 5:10-1; 8:21,25-6,33-4,37-8,51-3; 12:71-5,81-2; 14:53-4,99-100; 15:29-31; 17:82-5; 22:20; 23:12-3,25; 24:18,32; 25:18, 20-1; 28:9-10; 30:18; 32:43-4,56-7,80,83,86

Provinces, jurisdiction, 31:27

Written, verbal, comparison, 20:78-9,83-4

## Provisions, enforcement

Final decision, responsibility, 20:42-3

Health care representative, nomination, 15:30

Powers, 15:29

## Use

Acceptance, popularity, usefulness, tool, 20:42-3,83-4; 22:20; 27:13; 28:26; 30:12

Patients, incompetence, family consent, 15:30-1; 32:45,60, 66-8

Protection of life only, 33R:41

Recommendations, 15:19-20,25-6; 17:83-5; 18:21; 19:7

Rights, awareness, 19:5,7; 22:55-6; 23:12-3; 27:5; 28:10

*See also*

Medical profession

**Age**

Discrimination, distinction, 15:17

**Aging population***See*

Seniors

**Aggressive therapy***See under*

Medical treatments

**AHQ***See*

Association des hôpitaux du Québec

**AIDS**

Cure, finding, hope, 16:34-5,50

Deaths, number, 12:39; 33R:9

Disease, 33R:8-9

Concerns, 27:37

Progression, 12:40

Symptoms, effects, 22:36-7; 32:22

HIV testing, counselling, 14:116

Strains, variants, effects on final stages of dying, 16:30

*See also*

AIDS patients

**ACSP***Voir*

Association canadienne des soins palliatifs

**ACT***Voir*

AIDS Committee of Toronto

**Action Committee of People with Disabilities**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:149-56,159

Information de base, 15:157-8

**Action pour la vie**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:11-7,27; 33R:31,A-1

Information de base, 8:10

**Adams, Paul, Manitoba Physicians for Life**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:39-47,49-50; 33R:11, 59

**Âge**

Discrimination, distinction, 15:17

**AHC***Voir*

Association des hôpitaux du Canada

**AHQ***Voir*

Association des hôpitaux du Québec

**Aide au suicide**

Âme, libre arbitre, rôle, 15:136-9; 32:43-4

Comité, rapport

Bibliographie, 33R:A-19-25

Chronologie, 33R:A-27-32

Définitions, 33R:11-6,53

Délibérations, membres, 33R:71-2

Contre, 33R:72-4

En faveur, 33R:74-6

État du droit, 33R:53-6

Mesures législatives déjà présentées au Parlement, 33R:A-33-4

Modalités suggérées, 33R:A-49-59

Recommandations, 33R:ix-xi,76

Témoins, opinions, 33R:56-7

Contre, 33R:57-66

En faveur, 33R:66-71

*Voir aussi**De la vie et de la mort*

Décisions judiciaires, exemples, 27:8-9; 31:18-9

Brush, Cecil, Stoney Creek, Ontario, 25:33; 33R:A-32,A-73-6

Cashin, Murielle, Edmonton, Calgary, 25:33-4

Gaspar, Peter, Vancouver, Colombie-Britannique, 25:32,38-40, 44-5,47-8

Krickhahn, Erwin, sclérose en plaques, présentation vidéo, 25:32-3,37-8,45

Pro-vie, groupe, violence, inquiétudes, 25:36

Latimer, Tracy, Battleford, Saskatchewan, 18:141-2; 25:34,44;

26:22; 27:7,14; 28:20-1,28,32-3; 29:14,46-8; 31:25;

33R:A-32

Manitoba, articles de journaux, citations, 6:58-9

Miles, Lorraine, Nanaimo, Colombie-Britannique, 25:33

**AIDS Committee of Toronto (ACT)**

Background information, 12:29-30

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:31-8; 33R:A-1

**AIDS patients**

Awareness, knowledge, 12:35-6; 19:27; 30:18; 32:5-6

Chronology, 33R:A-28

Community, 14:153; 16:32-4; 24:30

Desire to live, 8:41; 12:34

Euthanasia and assisted suicide

Legal decisions, occurrences, 10:25,28; 14:75-6,115,117; 20:75; 22:14-5; 32:18-9; 33R:8-9

Requests, reasons, statistics, 5:34; 16:25-6,31-2,35-6,41, 43-4; 17:59-60,122-3; 18:31-2; 27:37-8; 28:34; 30:26; 32:13,17-8,22,46,64

Hope, 16:34,50

Study, Sloan-Kettering Institute, New York, by Breitbart, 16:44

Views, comments, 12:43-4; 14:75-6,153; 22:8; 24:30; 28:35; 30:26; 31:6; 32:5-23

**Families**

Acceptance, evolution, 14:114; 16:31; 32:17

Support groups, comparison, 27:37-8,43; 28:6-7; 29:11; 32:11-3,17,29,56

Hospitals, attitudes, 12:36; 19:27; 32:16

Isolation, loneliness, losses, effects, 6:10; 12:54-5; 14:112,154; 22:8,14-5; 28:9,34-5; 32:22,59

Major fear, 14:116; 17:59

Number, situation, 16:28-9

Pain control, 5:34; 16:25-8; 17:59; 27:37; 32:13,18-9,60-2

Palliative care, 12:32-3; 22:35; 33R:21-2,24

Access, 22:36; 28:6; 29:33; 32:14-5

Assisted suicide, 28:34; 32:19,22,46

Availability, 12:37; 16:25-6,28,80-1; 19:27

Beds, facilities, number available in Lower Mainland, 16:28-30, 49-50; 17:54,59,68; 27:38-9; 32:16

Effectiveness, resistance and denial, 16:26-7,31-2,34; 17:54-5,59,68; 18:111

Effects, 14:22,115,154; 16:31-2; 32:11-3

Home care, 32:17,56

Dying at home, 33R:23

Nature, costs, 16:30-1,45-7,80-1; 17:59

Respite patients, 16:40-1

Needs, nature, costs, 16:40-1,45-7,80-1; 17:54-5

Overmedication, 16:26,34

Pastoral counselling, 14:118-9; 16:40-1

Program, development, national working group, 16:41

Refusing, reasons, 16:27-8

Views, 12:49-50; 14:77,121; 24:30

Volunteers, role, effectiveness, 17:67-8; 32:12; 33R:23-4

Population, medical perspective, evolution, 14:154; 32:6; 33R:8-9

Seniors, comparison, 12:33

Suicide risks, factors, methods, 2:35; 16:29-31; 32:6

*See also*

AIDS

**Alberta**

Advance directives, legal status, 33R:A-65

*Advance Directives Act*, dropped from *Order Paper*, November 1994, 33R:47

Committee recommendations, 33R:ix-xi,50

Edmonton, *Cashin, Murielle*, 25:33-4**Aide au suicide—Suite****Décisions judiciaires, exemples—Suite***Nancy B.*, 1:31; 4:44; 19:41-2; 28:20,29; 31:17,27,36; 33R:1,40,A-29,A-73

Comparaison, intérêts, 6:85-6; 12:70; 17:101-4; 25:28; 27:56; 28:35-7; 29:12; 32:14,28-30,33

*Rodriguez, Sue*, 1:36,48; 2:12-6,30; 3:24-5; 4:10,23-4; 6:7, 9-10,63-6; 7:25-6,28-9; 8:36; 10:25-8,30-1,35-8,40-3; 11:9; 12:7,16-7,68-70,73-4,80; 13:26; 14:14,128; 15:44-6,85; 16:61-2,85; 17:30,103-4; 18:11,77,119, 125-6,131,139; 19:33,36,41,52; 20:55,61-3,85; 21:63; 24:27-8,31-2; 25:27,39,41-2; 26:18,21,26; 27:10,56; 28:20,26,29,35-7; 29:12,43; 30:6,19-20; 31:15,18,31, 35-6; 32:6,18,24-8,30-1,33-4; 33R:1,5,39,A-31,A-43-6, A-69-73

Impacts, résultats, implication, 15:59-62; 16:54-5,59-60; 20:61-3; 29:28; 31:25

**Juges, arguments***Lamer, le très honorable Antonio*, 19:44-5,53; 22:52-3; 29:32,35-6; 31:20,22,29,32; 33R:54-5,A-49*McEachern, Allan*, 31:20; 33R:A-50*Sopinka, honorable John*, 29:38; 33R:29,40,54

Tribunaux, jugements, décisions, 18:118; 19:23,25; 25:28; 26:7; 32:32

**Voir aussi***Rodriguez, Sue*, affaire*Roi George V*, 15:85-6

Sidéens, 10:25,28; 32:18; 33R:8-9

Soutien, 27:37-8; 32:17

**Voir aussi sous****Euthanasie — Décisions judiciaires**

Définitions, aperçu général, inquiétudes, 2:32,34,39-40; 3:25; 5:32-3; 6:15-6,20-1; 7:6; 8:60,63,67-9; 15:97-8,101-2; 16:6,57,59; 17:42; 18:34,40,63,79; 20:35; 24:6; 25:21; 26:16; 27:6; 28:17; 31:16,21; 32:53-4

Différences, 16:57,59; 25:47-8

"Suicide assisté par un médecin", clarification, 20:81

Terminologie, clarification, besoin, 29:20; 31:33; 32:50

Demandes, raisons, effets, 16:25-6,44; 27:8-9; 31:18-9

Aspects moraux et juridiques, 20:56; 32:7-10

Choix, prévention, bénéficiaires, 15:13-6,63-4,68-9,138-9

Comité consultatif, 15:57

Dignité humaine, 15:114-5; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2,55

Équipes de soins de santé, besoin de communication, 15:123-6; 28:18

Évaluation psychiatrique, 15:52; 18:24

Dépressions mentales profondes, effets, 15:35-6,139; 27:14, 49,53; 28:8,20; 29:22; 32:59

Malades mentaux, besoins, désespoir, 15:82-3; 16:77-8

Homosexuels, désespoir, 15:106

Isolation, solitude, pertes, groupes de soutien, 28:15; 32:29, 56,59

Organisme ou personne indépendante, "Exécuteur", 18:56-8

Patients, autonomie, 20:69; 31:7-8; 32:41-2

Personnes handicapées et invalides, refus, discrimination "par nature", 15:48-51

Peurs, 15:29

Responsabilité, personnes concernées, 15:140,150,158-9; 17:64-6; 18:56-8,110; 28:15

Sidéens, 28:34; 30:26; 32:22,46,64

Espoir, 16:34,50

**Vie humaine**

Caractère sacro-saint et unique, 15:55-6,63-4,136-7; 31:4, 9-11; 33R:19



**Alberta—Cont'd**

- Euthanasia and assisted suicide, legalization, physicians
  - Opposition, survey, research data, 16:7-9,11-2,14; 17:121; 18:86
  - Requests, statistics, 16:8-9
  - Study, results, 18:79-81
- Palliative care, 33R:A-98-100
- Catholic hospitals, role, 14:145-6
- Education, training, 14:156; 22:35; 33R:A-99
- Government, support, 14:143
- Government publications, report, 33R:A-23
- Supreme Court, 27:58
- See also*
- Rodriguez, Sue, case*

**Alberta Association for Community Living**

- Reference, 18:141

**Alberta Indian Health Care Commission**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 30:19-27; 33R:56,A-1

**Alberta Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities**

- Background information, role, 18:53
- Euthanasia and assisted suicide, study, 18:54-61; 33R:63,A-1

**Alcock, Stuart, British Columbia Association of Social Workers**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 14:103-6

**Alexander, Leo**

- "Medical science under dictatorship", *New England Journal of Medicine*, 1949, 8:17
- Reference, 7:7

**All Saints Hospice, Ottawa, Ontario**

- Reference, 28:5

**Alliance Action Inc.**

- Written submission, 33R:A-13

**Alliance for Life**

- Background information, 8:42; 17:86-7
- Euthanasia and assisted suicide, 8:43-7; 17:88-100; 33R:29,A-1

**ALS**

- See*
- Amyotrophic Lateral Sclerosis

**Alzheimer's**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 33R:19,24
- Jutras, Claude, suicide, 26:48
- References, 18:51-2; 21:17-8; 23:48; 32:44,48

**American Journal of Hospital Pharmacists**

- Reference, 23:23

**American Society of Criminology Conference**

- Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and the United States*, Russel D. Ogden, 33R:A-54-5

**American Society of Law and Medicine**

- Klagsbrun, Samuel, reference, 27:49

**Aide au suicide—Suite****Demandes, raisons, effets—Suite****Vie humaine—Suite**

- Propriété personnelle de la vie, 15:59-60; 32:58
- Droit à l'autodétermination, 15:55-60,63-4,70-2,105,111-2, 131-2,136-9,151; 16:25-7,33,43-4,59-60,81; 17:64-5; 18:12-9,54,59-60,64-5,94; 25:33; 31:4,9-11; 32:57-8; 33R:1,13
- Euthanasie, différences, comparaison, 15:47-8,88-9,101-2; 16:54,57-9,67; 18:7-9,54,60-1,63,79,103-4,131; 19:44-6; 22:12,45; 26:42-3; 27:47-82; 29:20; 33R:15
- Familles et amis, soutien, désarroi, période de deuil, effets, 4:13; 15:62-4,104-5,140-2; 16:81; 25:44-5; 28:28-9; 32:29, 33-5,56,59
- Programme, suivi, 27:43-4
- Légalisation, propositions
- Abus, protection, inquiétudes, 14:12,18; 15:62,68-9,87-8,93, 97,130-2,148,159; 16:59-60; 17:65; 18:8,22-4,54,110; 25:48-9; 26:5; 27:5-11,15; 28:27; 32:40,42,54-5,59,65-6
- Code criminel, 33R:1
- Conditions, 31:22
- Conséquences, 15:62,68-9,114-5,150; 18:9,60
- Jeunes, idées fausses, 30:24; 32:23
- Décriminalisation, arguments, opinions, témoins, membres, 32:32-3,40,42,57-9
- Contre, 33R:57-66,72-4
- Pour, 33R:66-71,74-6
- Dispositions proposées, arguments contraires, 18:54
- Tribunaux, propositions, 27:48-62
- Lois, changements, demandes, statistiques, 19:34
- Mécanisme de contrôle *à priori*, 19:44-5
- Pays, autres, autorités étrangères, 14:19; 16:59; 33R:A-113-78
- Position, 27:21
- Relations entre médecins et patients, effets, 15:65; 26:10; 27:14; 32:10,21-2,57; 33R:7-8
- Tribunaux, 27:55-6
- Voir aussi plus haut*
- Comité, rapport - État du droit
- Lignes directrices, difficultés à développer, 12:33-4; 15:111-2; 20:61-2; 27:51,57; 29:50; 32:58,60
- Accès, limites, conditions, 18:56,82-3,101-2,142,146,149; 19:23-4
- Médecins, rôle, incertitude, 18:79,83-4; 19:46-7; 20:24,58; 31:18; 32:7-10
- Avant prise de décision, suggestion de traitement actif, alternatives, 26:13-4
- Modalités suggérées, rapport, 33R:A-49-59
- Personnes vulnérables, répercussions d'une modification de la loi, 15:62-3,87,109-10,112,131-3,135,158; 32:23
- Méthodes, 25:37-40
- Tiers, participation, intention, importance, effets, 12:51,55-6; 22:45,49-51
- Société, inquiétudes, impact, 13:11-2; 28:23; 29:31; 32:10,23; 33R:2
- Attitude, changement, conséquences, 15:16; 20:24; 24:17
- Éthique, questions morales, principes fondamentaux, maintien ou remplacement, 15:59-60; 33R:11-3
- Acceptation, 15:9,98; 16:6-7,79-80; 17:120; 18:28,99,116
- Coûts, 15:113,115
- Perspectives, 2:9-11,30; 5:39; 6:25-6,31; 11:30-1; 12:78; 15:10,66-7; 17:73-4; 20:21-2; 32:41,84-5,87-9; 32:7-9
- Voir aussi*
- Euthanasie - Société

**Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 33R:19,24,52  
 References, 13:7,25; 18:118-9; 25:37; 26:9; 32:25-6,35-7  
*See also*  
 Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec

**Anglican Church of Canada**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 28:4-14; 33R:56,A-1

**Annals of Internal Medicine**

- Reference, 23:21

**Annas, George, Boston University**

- Quotation, 18:44

**Archdiocese of Vancouver**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:95-108; 33R:A-1

**Armstrong, Russell, Canadian AIDS Society**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 12:39-42,47-50; 33R:9

**Assisted suicide**

- Committee, report

Bibliography, 33R:A-19-25

Chronology, 33R:A-27-32

Definitions, 33R:11-5,51

Deliberations, members, 33R:69-70

Against, 33R:71-2

In favour, 33R:72-4

Guidelines, suggestions, 33R:A-49-58

Legal status, 33R:51-3

Legislative Proposals Previously Introduced in Parliament, 33R:A-33-4

Recommendations, 33R:ix-xi,74

Witnesses, points of view, 33R:54-5

Against, 33R:55-63

In favour, 33R:64-9

*See also*

*Of Life and Death*

- Definitions, overview, concerns, 2:32,34,39-40; 3:25; 5:32-3; 6:15-6,20-1; 7:8; 8:60,63,67-9; 15:97-8,101-2; 16:6; 17:42; 18:34,40,63,79; 20:35; 24:6; 25:21; 26:16; 27:6; 28:17; 31:16,21; 32:53-4

Differences, 16:57,59; 25:47-8

"Physician-assisted suicide", clarification, 20:81

Terminology, clarification, need, 29:20; 31:33; 32:50

- Euthanasia, differences, comparison, 15:47-8,88-9,101-2; 16:54,57-9,67; 18:7-9,54,60-1,63,79,103-4,131; 19:44-6; 22:12,45; 25:42-3; 27:39-40,47-62; 29:20; 33R:14

- Families and friends, support, distress, mourning period, effects, 4:13; 15:62-4,104-5,140-2; 16:81; 25:44-5; 28:28-9; 32:29, 33-5,56,59

Follow-up program, 27:43-4

- Guidelines, difficulty to develop, 12:33-4; 15:111; 20:61-2; 27:51,57; 29:50; 32:58,60

Availability, limitations, conditions, 18:56,82-3,101-2,142, 146,149; 19:23-4

Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58

Uncertainty, 18:79,83-4; 19:46-7; 20:24,58; 31:18; 32:7-10  
 Before decision-making, suggest active treatment, alternatives, 26:13-4

Vulnerable people, effect of changes in the law, 15:62-3,87, 109-10,112,131-3,135,158-9; 32:23

**Aide au suicide—Suite**

Statistiques, nombres, difficultés, 15:12-3,85; 32:35-7; 33R:56-7

Chiffres, manque d'information, effets, 15:25; 17:6

Clandestins, 14:13,15; 18:140

Ogden, Russel D., rapport, 20:55; 33R:A-22,A-54-5

Sondages, 14:12; 25:11-3,28; 30:15; 32:50-1; 33R:1

Suicide, différence entre, 15:13-5,150

**AIDS Committee of Toronto (ACT)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:31-8; 33R:A-1  
 Information de base, 12:29-30

**Alberta**

Cour suprême, 27:56

Directives préalables, état du droit, 33R:A-65

*Advance Directives Act*, rayé du *Feuilleton*, novembre 1994, 33R:49

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,52

Edmonton, *Cashin, Murielle*, 26:33-4

Euthanasie et aide au suicide, légalisation, médecins

Études, résultats, 18:79-81

Opposition, sondage, données de recherche, 16:7,11-2,14; 17:121; 18:86

Demandes, statistiques, 16:8-9

Prévention, bénéfices, 15:13-6

Soins palliatifs, 33R:A-99-101

Éducation, formation, 14:156; 22:35; 33R:A-100

Gouvernement, appui, 14:143

Hôpitaux catholiques, rôle, 14:145-6

Publications gouvernementales, rapport, 33R:A-23

*Voir aussi*

*Rodriguez, Sue*, affaire

**Alberta Association for Community Living**

Référence, 18:141

**Alberta Indian Health Care Commission**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 30:19-27; 33R:58,A-1

**Alberta Premier's Council on the Status of Persons with Disabilities**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:54-61; 33R:65-6,A-1  
 Information de base, rôle, 18:53

**Alcock, Stuart, British Columbia Association of Social Workers**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:103-6

**Alexander, Leo**

*Medical science under dictatorship*, article, *New England Journal of Medicine*, 1949, 8:17

Référence, 7:7

**All Saints Hospice, Ottawa, Ontario**

Référence, 28:5

**Allemagne**

Euthanasie et aide au suicide, 33R:A-169-74

*De la destruction de la vie vide de sens*, impact, 17:94

Historique, 17:45; 18:140-1

Lignes directrices, règlements, effets, 27:19

Pays-Bas, comparaison, 6:11; 21:31-2

Personnes handicapées et invalides, idéologie eugénique, 18:99-100



**Assisted suicide—Cont'd**

- Legal decisions, examples, 27:8-9; 31:19  
 AIDS patients, 10:25,28; 32:18-9; 33R:8-9  
 Support, 27:37-8; 32:17  
*Brush, Cecil*, Stoney Creek, Ontario, 25:33; 33R:A-32,A-73-6  
*Cashin, Murielle*, Edmonton, Alberta, 25:33-4  
*Gaspar, Peter*, Vancouver, British Columbia, 25:32,38-40, 44-5,47-8  
*King George V*, 15:85-6  
*Krickhahn, Erwin*, multiple sclerosis, video presentation, 25:32-3,37-8,45  
 Pro-life group, violence, concerns, 25:36  
*Latimer, Tracy*, Battleford, Saskatchewan, 18:141-2; 25:34,44; 26:22; 27:7,14; 28:20-1,28,32-3; 29:14,46-8; 31:25; 33R:A-31  
 Manitoba, newspaper articles, quotations, 6:58-9  
*Miles, Lorraine*, Nanaimo, British Columbia, 25:33  
*Nancy B.*, 1:31; 4:44; 19:41-2; 28:20,29; 31:17,27,36; 33R:1,38-9,A-29,A-72-3  
 Comparison, interest, 6:85-6; 12:70; 17:101-4; 25:28; 27:56; 28:35-7; 29:12; 32:14,28-30,33  
*Rodriguez, Sue*, 1:36,48; 2:12-6,30; 3:24-5; 4:10,23-4; 6:7, 9-10,63-6; 7:25-6,28-9; 8:36; 10:25-8,30-1,35-8,40-3; 11:9; 12:7,16-7,68-70,73-4,80; 13:26; 14:14,128; 15:44-6,85; 16:61-2,85; 17:30,103-4; 18:11,77,119, 125-6,131,139; 19:33,36,41,52; 20:55,61-3,85; 21:63; 24:27-8,31-2; 25:27,39,41-2; 26:18,21,26; 27:10,56; 28:20,26,29,35-7; 29:12,43; 30:6,19-20; 31:15,18,31, 35-6; 32:6,18,24-8,30-1,33-4; 33R:1,5,39,A-31,A-43-6, A-69-73  
 Impacts, results, implication, 15:59-62; 16:54-5,59-60; 20:61-3; 29:28; 31:25  
 Judges, arguments  
   Lamer, Right Hon. Antonio, 19:44-5,53; 22:52-3; 29:32, 35-6; 31:20,22,29,32; 33R:52-3,A-49  
   McEachern, Allan, 31:20; 33R:A-50  
   Sopinka, Hon. John, 29:38; 33R:27,38,52  
 Tribunal, judgement, decision, 18:118; 19:23,25; 25:28; 26:7; 27:26-7; 32:32  
 See also  
   *Rodriguez, Sue*, case  
 See also under  
   Euthanasia - Legal decisions  
 Legalization, proposals  
   *A priori* control mechanism, 19:44-5  
   Abuse, protection, concerns, 14:12,18; 15:62,68-9,88,93,97, 130-2,148,159; 16:59-60; 17:65; 18:8,22-4,54,110; 25:48-9; 26:5; 27:5-11,15; 28:27; 32:40,42,54-5,59,65-6  
   Suicide, 30:28  
   Acts, legislation, changes, requests, statistics, 19:34  
   Conditions, 31:22  
   Consequences, 15:62,68-9,114-5,150; 18:9,60  
     Youth, misconception, 30:24; 32:23  
   Countries, foreign jurisdictions, 14:19; 16:59; 33R:A-111-73  
   Criminal Code, 27:20-1; 33R:1  
   Decriminalisation, arguments, views, 32:32-3,40,42,46,58-9  
     Against, witnesses, members, 33R:55-63,71-2  
     In favour, witnesses, members, 33R:64-9,72-4  
   Doctor-patient relationship, effects, 15:65; 26:10; 27:14; 32:10,21-2,57; 33R:7-8  
   Position, 27:21  
   Provisions, counter-arguments, 18:54  
   Tribunal, proposals, 27:48-62

**Allemagne—Suite**

- Euthanasie et aide au suicide—*Suite*  
 Régime Nazi, contexte, expérience, 1:38; 7:5; 8:16-7,39,42; 11:12; 14:47,57,87; 17:88; 18:99,141

**Alliance Action Inc.**

- Mémoire présenté, 33R:A-13

**Alliance for Life**

- Voir*  
 Alliance pour la vie

**Alliance pour la vie**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:43-7; 17:88-100; 33R: 31,A-1  
 Information de base, 8:42; 17:86-7

**Alzheimer**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 33R:19,25  
*Jutras, Claude*, suicide, 25:46  
 Références, 18:51-2; 21:17-8; 23:48; 32:44,48

**AMC**

- Voir*  
 Association médicale canadienne

**Âme**

- Voir sous*  
 Religions

**American Journal of Hospital Pharmacists**

- Référence, 23:23

**American Society of Criminology Conference**

- Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and the United States*, Russel D. Ogden, 33R:A-54-5

**American Society of Law and Medicine**

- Klagsbrun, Samuel, reference, 27:49

**AMO**

- Voir*  
 Association médicale de l'Ontario

**Amour**

- Voir sous*  
 Religions - Spiritualité - Dieu

**AMPB**

- Voir*  
 Association médicale des Pays-Bas

**Angleterre**

- Voir*  
 Royaume-Uni

**Annals of Internal Medicine**

- Référence, 23:21

**Annas, George, Boston University**

- Citation, 18:44



**Assisted suicide—Cont'd**

## Legalization, proposals—Cont'd

See also above

Committee, report - Legal status

## Methods, 25:37-40

Third party involvement, intent, importance, effects, 12:51, 55-6; 22:45,49-51

## Preventing, benefits, 15:13-8

## Requests, reasons, effects, 16:25-6,44; 27:6-9; 31:18-9

AIDS patients, 28:34; 30:26; 32:22,46,64

Hope, 16:34,50

Choice, prevention, benefits, 15:13-6,63-4,68-9,138-9

Consultative committee, 15:57

Disabled and handicapped people, refusal, "constructive" discrimination, 15:48-51

Ethical and legal propriety, 20:56; 32:7-10

Fears, 15:29

Health care team, need for communication, 15:123-6; 28:18

Homosexuals, despair, 15:106

Human dignity, 15:114-5; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2,55,62-3

Dying with Dignity, guidelines, cases, 7:31-3,43-5; 27:37

"Dying mid-wives", 19:46

Loss, 14:152

Team decision to withdraw treatment, 23:41-2

Independent body or individual, "Executioner", 18:56-8

Isolation, loneliness, support groups, 28:15; 32:29,56,59

## Life

Personal ownership of life, 15:59-60; 32:58

Sanctity or uniqueness of each and every, 15:55-6,63-4,

136-7; 31:4,9-11; 33R:19

Patients, autonomy, 20:69; 31:7-8; 33R:7-8

Psychiatric assessment, 15:52; 18:24

Depressions, severe mental, options, 15:35-6,139; 27:14,49, 53; 28:8,20; 29:22; 32:59

Mentally ill people, needs, despair, 15:34,82-3; 16:77-8

Responsibility, persons involved, 15:140,150,158-9; 17:64-6; 18:56-8,110; 28:15

Right to self-determination, 15:55-60,63-4,70-2,105,111-2,

131-2,136-9,151; 16:25-7,33,43-4,59-60,81; 17:64-5;

18:12-9,54,59-60,64-5,94; 25:33; 31:4,9-11; 32:57-8;

33R:1,12

Society, concerns, impact, 13:11-2; 28:23; 29:31; 32:10,23;

33R:2

Attitudes, shift, consequences, 1:44-5; 6:41; 15:16; 20:24; 24:17

Ethics, moral issues, fundamental principles, maintaining or replacing, 15:59-60

See also

Euthanasia - Society

Soul, free will, role, 15:136-9; 32:43-4

Statistics, number, difficulties, 15:12,85; 32:35-7; 33R:54-5

Clandestine, 12:15; 14:13,15; 18:140

Figures, lack of information, effects, 15:25; 17:6

Ogden, Russel D., report, 20:55; 33R:A-22,A-54-5

Survey, polls, 14:12; 25:11-3,28; 30:15; 32:50-1; 33R:1

Suicide, differences between, 15:13-5,150

**Association des hôpitaux du Québec (AHQ)**

Background information, 19:31

Euthanasia and assisted suicide, study, 19:32-53; 33R:8,A-2

Reference, 14:68; 18:131

**APhC**

Voir

Association pharmaceutique canadienne

**Archevêché de Vancouver**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:95-108; 33R:A-1

**Armstrong, Russell, Société canadienne du SIDA**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:39-42,47-50; 33R:9

**Association canadienne d'agrément des hôpitaux**

Référence, 25:23

**Association canadienne des médecins en soins palliatifs**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:39-42,47-50

Références, 23:39; 25:23,25

**Association canadienne des soins palliatifs (ACSP)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:4-18; 33R:17,32-3,A-1, A-25,A-86-7,A-107

Références, 4:52,65-6; 25:22; 28:16,32

**Association canadienne des travailleurs sociaux**

Mémoire présenté, 4:24; 33R:A-13

**Association canadienne pour l'intégration communautaire**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:44-50; 33R:A-2

Information de base, 23:42-3

**Association canadienne pour la prévention du suicide**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 2:32-43; 33R:6,27,51,60, A-2

**Association catholique canadienne de la santé***Déclaration (La) conjointe sur la réanimation*, Association médicale canadienne et Association des hôpitaux du Canada, 25:5-7,10

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:143-159; 33R:A-2, A-27,A-32

Information de base, 20:142

**Association catholique manitobaine de la santé***Code de déontologie médicale*, 18:40

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:61-78; 33R:A-2

Information de base, rôle, activités, 18:62

**Association de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:48-54; 33R:23,A-2, A-108

**Association de la sclérose latérale amyotrophique du Québec**

Voir

Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec

**Association des hôpitaux du Canada (AHC)***Déclaration (La) conjointe sur la réanimation*, Association médicale canadienne et l'Association catholique canadienne de la santé, 25:5-7,10

Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:19-31; 33R:A-2,A-27, A-31-2

Information de base, 19:18

**Association for the Right to Die with Dignity**

See

Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité

**Association québécoise des soins palliatifs**

Background information, 24:5

Euthanasia and assisted suicide, study, 24:4-20; 33R:A-2,A-105

**Astaforoff case**

See

*Attorney General of B.C. v. Astaforoff [1983]***ATLS**

See

Palliative care - Guidelines - Advanced Trauma Life Support

***Attorney General of B.C. v. Astaforoff [1983] 6 W.W.R. 322****(B.C.S.C.); aff'd [1984] 4 W.W.R. 385 (B.C.C.A.), 33R:39***Australia**

Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-160-4

Survey, comparison, 25:50-1

Palliative care, education, comparison, 22:22

***Availability (The) of Primary Medical Services in Areas with****Dispersed Populations*

Black, Douglas Peyton, 1993, 26:16

**Bacon, Francis, philosopher**

Reference, 20:85-6

**Bailey, Donald, Manitoba Association for Rights and Liberties**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:25-31,33-7,40-1;

33R:83

**Bakker, Dirkjan, Surgeon, University Hospital, Amsterdam; Royal**

Dutch Medical Association, Netherlands

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:34,36-7,67;

33R:A-12,A-118,A-122

**Balfour, Heather M., Community Hospice Association of Ontario**

Euthanasia and assisted suicide, study, 10:4-5,8-9,12-7,19-20,

22-3; 33R:A-104

**Banks, Trevor, Humanist Association of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:63-72

**Barbiturates**

See under

Drugs and pharmaceutical products

**Bartrem, John, Canadian Association for Community Living**

Biographical notes, 23:42

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:45-7

**Battleford, Saskatchewan**

See under

Saskatchewan - Euthanasia

**Baudouin, Jean-Louis***Éthique de mort et droit à la mort*, Danielle Blondeau, Paris:

Presses universitaires de France, 1993, 29:30-1; 33R:A-19

**Association des hôpitaux du Québec (AHQ)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:32-53; 33R:8,A-2

Information de base, 19:31

Référence, 14:68; 18:131

**Association des humanistes du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:63-72; 33R:A-6,A-55

**Association des infirmières et infirmiers du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:4-18; 33R:23-4,83-4,

A-2,A-27-32

Références, 29:6

**Association des infirmières néerlandaises**

Référence, 21:23

**Association des médecins pour le respect de la vie humaine,**

Région d'Ottawa

Euthanasie et aide au suicide, étude, 7:5-20; 33R:A-8

**Association des soins palliatifs de l'Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:53-66; 33R:6,12,18-9,

57,64,81-2,A-9,A-23,A-104

Information de base, 4:52

**Association des soins palliatifs de la Nouvelle-Écosse**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:29-42; 33R:A-8

**Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique**

Voir

British Columbia Association of Social Workers

**Association du Barreau canadien**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 33R:28-9,71,78,A-13,

A-27,A-31,A-58-9

Référence, 31:28

**Association humaniste du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:63-72; 33R:A-2,A-55

**Association manitobaine des droits et libertés**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:26-41; 33R:85,A-2

Information de base, 17:25

**Association médicale britannique**

Voir

British Medical Association

**Association médicale canadienne (AMC)***Déclaration (La) conjointe sur la réanimation*, Association catholique canadienne de la santé et l'Association des hôpitaux du Canada, 25:5-7,10

Euthanasie

Directives préalables, 28:12

Non-participation, 16:19

Position, 14:27

Commentaires, 25:12-4

Protocoles, déclaration, références, 2:8-9

Sondages, 14:12,24-5,31-2,36; 25:5,11-2,18-20,28,35

Questionnaire, anonyme, 25:31-2

Vote, résultat, 16:19-20

Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:5-32; 33R:43-4,A-3,

A-27,A-29-32

Information de base, 25:4,13-4



**Baycroft, John A., Anglican Church of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 28:4-14; 33R:56

**BEAUDOIN, Hon. Gérard-A., Senator**

Euthanasia and assisted suicide, study

Abortion, comparison, 18:131; 25:28

Advance directives, 3:12-3; 4:10-1; 5:10-1; 8:25-6; 12:71;  
14:53-4,99-100; 15:29-31; 28:9-10

Definitions, 23:24-5

Freedom of choice, 28:11,36

Proxies, 12:81-2; 17:83-5

Age, discrimination, 15:17

Canadian Charter of Rights and Freedoms, 15:45-7; 26:7;  
27:51,60; 29:47-9

Constitution, powers, effects, 22:33; 27:49,60; 29:8-9

Coroner, role, powers, 16:68-71; 27:60

Criminal Code

Death penalty, abolishment, 25:28-9

Jurisdiction, 22:33

Position, 23:11-2; 27:59; 28:9,12; 29:47-9; 31:24-5; 32:61  
Provisions, proposals, 16:11,26-7; 17:18,30-1,84,150;

19:7,23,41-2; 20:11,13; 27:50,59; 28:9,12; 32:32-3,61

Section 241, 14:13-4,82-5; 15:44-5,48,131-2; 17:29,41,  
103; 18:7,103,135; 19:48; 26:6

Third degree murder, 29:48

Depression, effects, 24:27-8; 27:14

Disabled and handicapped people, 18:104; 19:53

Discrimination, 29:38

Euthanasia and assisted suicide

Comparison, 1:55; 2:39; 3:11-2; 4:43-5; 6:15,40; 7:15-6;  
8:27,51,69; 9:12; 11:23-4; 12:72-3; 15:47-8; 18:103;  
24:9; 27:39; 32:14,32-3

Definitions, 1:31,41-2,50-1; 2:39; 4:11,43-5; 15:47-8,88-9;  
16:57-8; 18:7-8,131; 19:7-8,43; 22:42; 25:28; 27:13,39,  
46; 29:48; 32:50-1

Legal decisions

*Latimer, Tracy*, 25:44; 29:47-8; 31:25

Manitoba, 20:62-4

*Nancy B.*, 1:31; 4:44; 17:103; 19:41-2; 25:6; 28:35-7;  
31:36; 32:14

Prosecution, sentencing, 20:63-4

*Rodriguez, Sue*, 3:24-5; 4:10,23-4; 8:36; 10:40-3; 11:9;  
15:44-5; 17:103; 19:23; 20:61; 24:26-7; 31:36; 32:6

*Nancy B.*, comparison, 6:65-6; 12:70; 17:103-4; 25:28;  
28:35-7; 32:33

Supreme Court, 18:131; 24:28; 25:27-8,42; 26:7;  
27:50-1; 32:32

Lamer, Right Hon. Antonio, 19:45,53; 22:52-3

Sopinka, Hon. John, 29:38

Legalization, proposals, purpose, concerns, effects, 10:32-4;  
25:44; 29:47; 33R:A-43

Abuses, risks, 4:28-9; 6:55-6; 9:12-4; 14:28-30; 17:65;  
18:8; 28:25-6

Criteria, application, 3:15,19-20; 18:85

Death penalty, comparison, 6:56; 18:20; 25:28-9

Decision

Debate, 19:45

Independent, 27:50

Doctors, role, 16:12; 18:86; 19:47

Kevorkian, Jack, 27:14

Prosecution, fear, 28:10,12

Jurisprudence, law, management and interpretation,  
difficulty, 20:28; 28:9-10

Consent, complications, 11:8-10,14-5; 14:68,108-9; 19:8

**Association médicale canadienne (AMC)—*Suite***

Médecins, rôle, opinion, 14:27; 20:73

*Médecins (Les) canadiens et l'euthanasie*, rapport, 33R:A-30

Références, 20:79; 25:29; 26:15,22; 30:8; 31:15; 33R:2

Soins de santé, ressources, 8:16

Soins palliatifs

Code de déontologie, 20:74

Lignes directrices, 26:24; 27:45

Principes, adhésion, 16:19

**Association médicale de l'Ontario (AMO)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:68-84; 33R:41-2,56,70,  
80,A-3

Références, 20:79; 25:18; 26:16-7,20; 32:68

**Association médicale de la Hollande**

*Voir*

Association médicale des Pays-Bas

**Association médicale des Pays-Bas (AMPB)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:9,15-6,18,22,25,31-4,  
41,48,52,56-8,68-70; 33R:A-120,A-128-31,A-137

Références, 17:100; 18:47-8; 31:19,33

**Association médicale mondiale**

Serment de Genève, 7:10-1

**Association médicale néerlandaise**

*Voir*

Association médicale des Pays-Bas

**Association médicale royale des Pays-Bas**

*Voir*

Association médicale des Pays-Bas

**Association pédiatrique néerlandaise**

Référence, 21:18

**Association pharmaceutique canadienne (APhC)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:20-9; 33R:63,A-3

Information de base, 23:19

**Association pour le droit de mourir dans la dignité**

*Voir*

*Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité*

**Association québécoise des soins palliatifs**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 24:4-20; 33R:A-2,A-1,  
A-106

Information de base, 24:5

**Assurance-santé de l'Ontario**

*Schedule of Benefits: Physician Services*, écarts, ministère de la  
Santé, 20:72-3; 26:17,20-1,23-4

**Astaforoff, affaire**

*Voir*

*Attorney General of B.C. v. Astaforoff*[1993]

**ATLS**

*Voir*

Soins palliatifs - Lignes directrices - Advanced Trauma Life  
Support



**BEAUDOIN, Hon. Gérard-A., Senator—Cont'd**Euthanasia and assisted suicide, study—*Cont'd*Euthanasia and assisted suicide—*Cont'd*Legalization, proposals, purpose, concerns, effects—*Cont'd*Jurisprudence, law, management and interpretation, difficulty—*Cont'd*

Provinces, 20:78-9; 28:12; 29:9; 31:24; 32:68

Natural law, 15:100

Other countries, comparison, 25:27

Australia, 25:51

Netherlands, 2:6-7; 17:94-7; 18:46-8; 21:14,19,24,32-3, 37,44-6,50-1,63-5; 26:6-7; 30:13; 31:36; 32:61

United Kingdom, 30:12-3

Pain control, not to kill the patient but to kill the pain, 22:11; 32:61-2

Parliament, role, 27:50-1,60; 31:24-5,36

Problems, solutions, 15:44-5; 20:61-2

Public opinion, polls, 18:19-20; 22:12; 32:50

Rock, Hon. Allan, minister of Justice, 31:24-5

Society, values, consensus, 2:25-30; 4:39

Tribunals, court of justice, 27:49-50,59-62

Practice, clandestine, 18:144

Requests, 6:55; 9:25-7

Reasons, 17:123; 23:28

"Slippery slope", 30:13-4

Third party decision, 4:28; 24:27

Voluntary always leads to involuntary, comment, 28:25

International covenants, interpretation, 15:10-1

**Life**

Artificial, effects, 28:10,36

Quality of life, differences, 23:28

Sacred nature of life, 6:40; 15:10; 24:28; 27:60; 29:38

Medical profession, family physicians, position, 23:11

Medicine, research, 29:9

Pain control, 6:57; 10:17-8; 23:38; 24:10

Definition, 27:13

Morphine, 23:37; 24:9; 27:36-7; 31:12; 32:49

"Double-effect", 22:11-2; 24:11-2; 32:61-2

Unconsciousness, 24:13

Suffering, 12:80; 31:12; 32:50-1,61-2

Differences, 23:28; 27:13-4

Statistics, 28:27; 31:11

Palliative care, 3:21-2; 4:47-8,57-8; 7:14-5; 8:47-8; 12:56-8;

24:9,25-6; 27:13; 28:25; 31:11

Access, 24:28

Atlantic provinces, 24:29

Need, 25:29-30

Alternative, efficiency, 17:66

Costs, 15:144-5; 16:45-7

Jurisdictions, federal and provincial governments, 16:45;

17:57-8; 22:33; 31:24

Legislation, need, 20:60-1; 25:29

Patients who request euthanasia, 3:23

Research, 23:37

Religions, 30:13; 32:50

**Rights**

Individual and collective rights, 18:85; 27:60; 28:14; 29:38

Right or freedom to commit suicide, 7:25-7; 8:49-50,72;

14:132-4; 15:53-5,70-2; 28:36

Legal difference, 15:106-8; 17:38-9; 18:76-8; 22:51

Right to die, 6:17; 15:53-5; 17:103-4; 18:20

Right to refuse or withdraw treatment, 14:150-1; 15:101;

17:103-4,116-8; 18:21-2,37,116-8,131-2; 19:22,42;

32:14

**Attorney General of B.C. v. Astaroff**[1983] 6 W.W.R. 322 (B.C.S.C.); *aff'd* [1984] 4 W.W.R. 385 (B.C.C.A.), 33R:41**Australie**

Euthanasie et aide au suicide, 33R:A-165-9

Sondage, comparaison, 25:50-1

Soins palliatifs, éducation, comparaison, 22:22

**Autochtones**

Euthanasie et aide au suicide, 30:19-27

**Availability (The) of Primary Medical Services in Areas with Dispersed Populations**

Black, Douglas Peyton, 1993, 26:16

**Avortement**

Euthanasie et aide au suicide, légalisation, comparaison,

4:59-61; 6:36-7; 7:31; 10:26-7; 12:18; 13:9-10; 15:11-3,

44,68; 18:126,131; 20:80; 22:18,53; 24:29; 25:13,15;

27:7,10,17,52; 28:27; 29:36,43; 31:9,12

Contrôle des naissances, historique, 30:4-19

Culpabilité, 32:34

Groupes pro-vie, inquiétudes, 25:35; 27:59

Nouveaux-nés, handicap sévère, 33R:4

Peine de mort, 25:28-9; 28:27

Sénat, vote, 12:27-8

Technologie reproductive, 23:47

**Bacon, Francis, philosophe**

Référence, 20:85-6

**Bailey, Donald, Association manitobaine des droits et libertés**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:25-31,33-7,40-1; 33R:85

**Bakker, Dirkvan, chirurgien, Hôpital universitaire d'Amsterdam;****Association médicale néerlandaise, Pays-Bas**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:34,36-7,67; 33R:A-12, A-120,A-124

**Balfour, Heather M., Community Hospice Association of Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 10:4-5,8-9,12-7,19-20, 22-3; 33R:A-105

**Banks, Trevor, Association humaniste du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:63-72

**Barbituriques***Voir sous*

Drogues et produits pharmaceutiques

**Bartram, John, Association canadienne pour l'intégration communautaire**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:45-7

Notes biographiques, 23:42

**Battleford, Saskatchewan***Voir sous*

Saskatchewan - Euthanasie

**Baudouin, Jean-Louis***Éthique de mort et droit à la mort*, Danielle Blondeau, Paris, Presses universitaires de France, 1993, 29:30-1; 33R:A-19

**BEAUDOIN, Hon. Gérard-A., Senator—Cont'd**Euthanasia and assisted suicide, study—*Cont'd*Rights—*Cont'd*Right to refuse or withdraw treatment—*Cont'd*

Futile, 25:7

Legislation, need to clarify, 20:37-8,45-6,60-1; 25:6

Self-determination, 15:101; 16:26-7

Society, choices, values, 29:38-9; 30:13

Suicide

Definition, 15:101-2

Rational suicide, 22:12

Depression, relationship, 8:61-2; 24:27-8; 27:14

Prevention, possibility of assault charges, cases, 15:50

Terminally ill patients, medical treatment, futile, 19:36; 24:10-1

Therapeutic harassment, aggressive treatment, 15:101;

17:85; 24:8; 29:38

Withdrawing or withholding, refusal, 19:15-6; 27:39-40;

28:9-10; 32:14

Organization meeting, 1:7-11,13,16-24

**Beaulne, Pierre, British Columbia Persons with AIDS Society**

Euthanasia and assisted suicide, study, 16:25-7,29,31-3

**Bégin, Hon. Monique, former Minister of Health**

Reference, 22:28

**Belgium**

Euthanasia, other countries, comparison, 21:30-1

**Bélisle, Paul, Clerk of the Committee**

Organization meeting, 1:8-7,9,17,23

**Benson, Iain, Canadian Physicians for Life**

Biographical notes, 14:21

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:22-4,29,33,35,39,  
41; 33R:60-1**Bereza, Eugene, College of Family Physicians**

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:7-10,14,16-7

**Bernatksy, Zoe, Willingdon, Alberta**

Written submission, 33R:A-13

**Berry, Michael, Right to Life Association of Toronto**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:40-2,49,53-4

**Berthiaume, Paulette, Canadian Association for Community Living**

Biographical notes, 23:42-3

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:44,49-50

**Bill C-203 - Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)**

(3rd Session, 34th Parliament)

Committee, report, 33R:A-28,A-34

Reference, 7:4

**Bill C-215 - Act to amend the Criminal Code (aiding suicide)**

Committee, report, 33R:A-31,A-33

**Bill C-261 - Act to legalize the administration of euthanasia under**certain conditions to persons who request it and who are  
suffering from an irremedial condition and respecting the  
withholding and cessation of treatment and to amend the  
Criminal Code (3rd Session, 34th Parliament)

Committee, report, 33R:A-29,A-33

**Baycroft, John A., Église anglicane du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 28:4-14; 33R:58

**BEAUDOIN, honorable Gérard-A., sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Âge, discrimination, 15:17

Avortement, comparaison, 18:131; 25:28

Charte canadienne des droits et libertés, 15:45-7; 26:7; 27:51,  
60; 29:47-9

Code criminel

Compétence, 22:33

Dispositions, propositions, 16:11,26-7; 17:18,30-1,84,150;

19:7,23,41-2; 20:11,13; 27:50,59; 28:9,12; 32:32-3,61

Art. 241, 14:13-4,82-5; 15:44-5,48,131-2; 17:29,41,103;

18:7,103,135; 19:48; 26:6

Meurtre au troisième degré, 29:48

Peine de mort, abolition, 25:28-9

Position, 23:11-2; 27:59; 28:9,12; 29:47-9; 31:24-5; 32:61

Comité, mandat, 14:68; 18:131

Constitution, pouvoirs, effets, 22:33; 27:49,60; 29:8-9

Coroner, rôle, pouvoirs, 16:68-71; 27:60

Dépression, effets, 24:27-8; 27:14

Directives préalables, 3:12-3; 4:10-1; 5:10-1; 8:25-6; 12:71;

14:53-4,99-100; 15:29-31; 28:9-10

Définition, 23:24-5

Liberté de choix, 28:11,36

Mandats, 12:81-2; 17:83-5

Douleur, contrôle, 6:57; 10:17-8; 23:38; 24:10

Définition, 27:13

Morphine, 23:37; 24:9; 27:36-7; 31:12; 32:49

"Double-effet", 22:11; 24:11-2; 32:61-2

Inconscience, 24:13

Souffrances, 12:80; 31:12; 32:50-1,61-2

Différences, 23:28; 27:13-4

Statistiques, 28:27; 31:11

**Droits**

Autodétermination, 15:101; 16:26-7

Droit de mourir, 6:17; 15:53-5; 17:103-4; 18:20

Droit de refuser ou d'interrompre un traitement, 14:150-1;

15:101; 17:103-4,116-8; 18:21-2,37,116-8,131-2; 19:22,

42; 32:14

Futile, 25:7

Législation, besoin de clarifier, 20:37-8,45-6,60-1; 25:6

Droit ou liberté de commettre un suicide, 7:25-7; 8:49-50,72;

14:132-4; 15:53-5,70-2; 28:36

Distinction juridique, 15:106-8; 17:38-9; 18:76-8; 22:51

Individuels ou collectifs, 18:85; 27:60; 28:14; 29:38

**Euthanasie et aide au suicide**

Autres pays, comparaison, 25:27

Australie, 25:51

Pays-Bas, 2:6-7; 17:94-7; 18:46-8; 21:14,19,24,32-3,37,

44-6,50-1,63-5; 26:6-7; 27:50; 30:13; 31:36; 32:61

Royaume-Uni, 30:12-3

Comparaison, 1:55; 2:39; 3:11-2; 4:43-5; 6:15,40; 7:15-6;

8:27,51,69; 9:12; 11:23-4; 12:72-3; 15:47-8; 18:103;

24:9; 27:39 32:14,32-3

**Décisions judiciaires**

Latimer, Tracy, 25:44; 29:47-8; 31:25

Manitoba, 20:62-4

Nancy B., 1:31; 4:44; 17:103; 19:41-2; 25:6; 28:35-7;

31:36; 32:14,33

Poursuites, sentences, 20:63-4



- Bill C-351 - Act to amend the Criminal Code (terminally ill persons)**  
(2nd Session, 34th Parliament)  
Committee, report, 33R:A-28,A-33
- Bill C-385 - Act to amend the Criminal Code (aiding suicide)**  
(3rd Session, 34th Parliament)  
Committee, report, 33R:A-30,A-33
- Bioethics**  
Medical ethics, debates, 20:31,36-7; 32:7-10
- Bioethics in Canada**  
Roy, David J, John Reynold Williams and Bernard M. Dickens,  
reference, 18:66
- Birkett, Lucille, Edmonton, Alberta**  
Written submission, 33R:A-13
- Birnie, Lisa Hobbs**  
*Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*, 14:34,35;  
15:111
- Birth control**  
*See under*  
Abortion - Euthanasia
- Black, Douglas Peyton**  
*Availability (The) of Primary Medical Services in Areas with  
Dispersed Populations*, 1993, 26:16
- Blanchet, Bertrand, Canadian Conference of Catholic Bishops**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 22:45-6,48-50,52-4;  
33R:79
- Bloedow, Jonathan, Action Life**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 8:13-7
- Blondeau, Danielle, Department of Nursing, Université Laval**  
Biographical notes, 12:64  
*Éthique de mort et droit à la mort*, Jean-Louis Baudouin, Presses  
universitaires de France, 1993, 29:30-1; 32:6; 33R:A-19  
Euthanasia and assisted suicide, study, 12:65-79,81-2
- Boadway, Ted, Ontario Medical Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 20:70-2,78-84;  
33R:39-40,54,68
- Boey, Harold, Manitoba Physicians for Life**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:47,52-3
- Boisvert, Marcel, Royal Victoria Hospital**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 6:27-47,55; 33R:33,64  
References, 27:16; 28:18; 29:33
- BOLDUC, HON. Roch, Senator**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 23:28
- Boram, David (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:82-3; 33R:A-2
- Boram, John (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:74-82; 33R:A-2
- BEAUDOIN, honorable Gérard-A., sénateur—Suite**  
Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*  
Euthanasie et aide au suicide—*Suite*  
Décisions judiciaires—*Suite*  
*Rodriguez, Sue*, 3:24-5; 4:10,23-4; 8:36; 10:40-3; 11:9;  
15:44-5; 17:103; 19:23; 20:61; 24:26-7; 31:36; 32:6  
Cour suprême, 18:131; 24:28; 25:27-8,42; 26:7;  
27:50-1; 32:32  
Lamer, le très honorable Antonio, 19:45,53; 22:52-3  
Sopinka, honorable John, 29:38  
*Nancy B.*, comparaison, 6:65-6; 12:70; 17:103-4; 25:28;  
28:35-7; 32:33  
Définitions, 1:31,41-2,50-1; 2:39; 4:11,43-5; 15:47-8,88-9;  
16:57-8; 18:7-8,131; 19:7-8,43; 22:42; 25:28; 27:13,39,  
46; 29:48; 32:50-1  
Demandes, 6:55; 9:25-7  
Raisons, 17:123; 23:28  
Dépression, effets, 24:27-8; 27:14  
Familles, 24:12  
Légalisation, propositions, but, inquiétudes, effets, 10:32-4;  
25:44; 29:47; 33R:A-43  
Abus, risques, 4:28-9; 6:55-6; 9:12-4; 14:28-30; 17:65;  
18:8; 28:25-6  
Critères, application, 3:15,19-20; 18:85  
Décision  
Débat, 19:45  
Indépendante, 27:50  
Douleur, contrôle, non de tuer le patient mais de tuer la  
douleur, 22:11; 32:61-2  
Jurisprudence, loi, application et interprétation, difficultés,  
20:28; 28:9-10  
Consentement, complications, 11:8-10,14-5; 14:68,108-9;  
19:8  
Provinces, 20:78-9; 28:12; 29:9; 31:24; 32:68  
Loi naturelle, 15:100  
Médecins, rôle, 16:12; 18:86; 19:47  
Kevorkian, Jack, 27:14  
Poursuite, peur, 28:10,12  
Opinion publique, sondages, 18:19-20; 22:12; 32:50  
Parlement, rôle, 27:50-1,60; 31:24-5,36  
Paine de mort, comparaison, 6:56; 18:20; 25:28-9  
Problèmes, solutions, 15:44-5; 20:61-2  
Rock, honorable Allan, ministre de la Justice, 31:24-5  
Société, valeurs, consensus, 2:25-30; 4:39  
Tribunaux, cours de justice, 27:49-50,59-62  
Opinion, 22:12  
"Pente glissante", 30:13-4  
Pratique, clandestine, 18:144  
Tierces personnes, décisions, 4:28; 24:27  
Volontaire, mène toujours à l'euthanasie non volontaire,  
commentaire, 28:25  
Médecine, recherche, 29:9  
Personnes en phase terminale, traitements médicaux, futilité,  
19:36; 24:10-1  
Achemement thérapeutique, traitement agressif, 15:101;  
17:85; 24:8; 29:38  
Retrait, débranchement, cessation, refus, interruption ou  
non-administration, 19:15-6; 27:39-40; 28:9-10; 32:14  
Personnes handicapées et invalides, 18:104; 19:53  
Discrimination, 29:38  
Professions médicales, médecins de famille, position, 23:11  
Religions, 30:13; 32:50  
Société, choix, valeurs, 29:38-9; 30:13



- Bottle, Randy, Alberta Indian Health Care Commission**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 30:19-27; 33R:56
- Bourbonnais, Pierre, Association des hôpitaux du Québec**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 19:42,47-9,52
- Bourque, Mary Anne, Canadian Hospital Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 19:21,24,26, 28-31
- Bowley, R.E., Peterborough, Ontario**  
Written submission, 33R:A-13
- Boyle, Michael, British Columbia Association of Social Workers**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:93-104,106-8
- British Columbia**  
Advance directives, legal status, 33R:47,A-65,A-68  
Committee recommendations, 33R:ix-xi,50  
AIDS patients, number, situation, 16:28-9; 32:21  
Coroners, role, powers, process, 16:62-77; 25:16  
Court of Appeal, decisions  
  *Astaforoff case*, 33R:39  
  McEachern, Allan, 31:20; 33R:A-50  
  *See also*  
    *Rodriguez, Sue, case*  
Disabled and handicapped people, guardianship legislation, 16:53,56  
Euthanasia and assisted suicide, examples, 10:25,28; 14:75-6; 32:6  
Legal decisions  
  Nanaimo, *Lorraine Miles*, 25:33  
  Vancouver, 29:14; 32:19-21  
    *Gaspar, Peter*, 25:32,38-40,44-5,47-8  
  Ogden, Russel D., study, 22:18; 33R:A-22,A-54-5  
  *Perry*, 33R:A-28  
Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment,  
  Attorney General, prosecution guidelines, 14:13; 31:19-20, 29  
  *British Columbia Crown Counsel Policy Guidelines on Active Euthanasia and Assisted Suicide*, 33R:40,53,A-31,A-59-63  
*Infants Act*, psychiatric assessment, mechanism, 15:52  
Palliative care, 33R:A-96-8  
  Education, training, volunteers, 14:149,156-7; 33R:A-97  
  Government publications, report, 33R:A-23  
  Guidelines, 20:63  
  Hospice services, situation, 16:36-7,49-50  
  Volunteers and employees, number, 16:48  
  St. Paul's Hospital, program, 16:38-41,46-8,80-1  
  Treatment, termination, prosecution, guidelines, 20:59-60,63-4  
Prosecutors, role, 30:8  
*Royal Commission on Health Care and Cost*, terms of reference, recommendation, 14:26; 33R:A-29  
Suicide, definitions, number, statistics, 16:65,68-71,76  
Survey, figures, 25:35
- British Columbia Association of Social Workers**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:93-9; 33R:A-2
- British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:80-1; 33R:A-4
- BEAUDOIN, honorable Gérard-A., sénateur—Suite**  
Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*  
  Soins palliatifs, 3:21-2; 4:47-8,57-8; 7:14-5; 8:47-8; 12:56-8; 24:9,25-6; 27:13; 28:25; 31:11  
  Accès, 24:28  
  Besoin, 25:29-30  
  Provinces Atlantiques, 24:29  
  Alternative, efficacité, 17:66  
  Compétences, gouvernements fédéral et provinciaux, 16:45; 17:57-8; 22:33; 31:24  
  Coûts, 16:144-5; 16:45-7  
  Législation, besoin, 20:60-1; 25:29  
  Malades qui demandent l'euthanasie, 3:23  
  Recherche, 23:37  
Suicide  
  Traités internationaux, interprétation, 15:10-1  
  Vie  
    Artificielle, effets, 28:10,36  
    Caractère sacré de la vie, 6:40; 15:10; 24:28; 27:60; 29:38  
    Qualité de la vie, différences, 23:28  
Réunion d'organisation, 1:7-11,13,16-24
- Beaulne, Pierre, British Columbia Persons with AIDS Society**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:25-7,29,31-3
- Bégin, honorable Monique, ancien ministre de la Santé**  
Référence, 22:28
- Belgique**  
Euthanasie, autres pays, comparaison, 21:30-1
- Bélisle, Paul, greffier du Comité**  
Réunion d'organisation, 1:6-7,9,17,23
- Bénévoles**  
*Voir sous*  
  Soins palliatifs
- Benson, Iain, Canadian Physicians for Life**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:22-4,29,33,35,39,41; 33R:63  
Notes biographiques, 14:21
- Bereza, Eugene, Collège des médecins de famille du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:7-10,14,16-7
- Bernatkey, Zoe, Willingdon, Alberta**  
Mémoire présenté, 33R:A-13
- Berry, Michael, Right to Life Association of Toronto**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:40-2,49,53-4
- Berthiaume, Paulette, Association canadienne pour l'intégration communautaire**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:44,49-50  
Notes biographiques, 23:42-3
- Bioethics in Canada**  
Roy, David J, John Reynold Williams et Bernard M. Dickens, citation, 18:66
- Bioéthique**  
Éthique médicale, débats, 20:31,36-7; 32:7-10

- British Columbia Civil Liberties Association**  
Background information, 14:123  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:122,124-32; 33R:34, 82,A-2,A-56
- British Columbia Coalition of People with Disabilities**  
Background information, 16:53,55,60-1  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:54,56-9; 33R:A-2
- British Columbia College of Physicians and Surgeons**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 33R:28,A-28-9
- British Columbia Coroner's Office**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:62-77; 33R:A-2
- British Columbia Hospice/Palliative Care Association**  
Background information, role, activities, 16:36-7  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:38-52; 33R:A-2
- British Columbia Persons with AIDS Society**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:23-36; 33R:21,A-2
- British Columbia Supreme Court**  
Chronology, 33R:A-30-1
- British House of Lords**  
*See*  
House of Lords Select Committee on Medical Ethics
- British Medical Association**  
*Institute of Medical Ethics Working Party*, 2:27; 15:43-4
- British Medical Journal**  
*Euthanasia in the Netherlands*, Gerrit Van der Wal and Robert J.M. Dillmann, 21:69; 33R:A-23
- Brown, David, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 12:6-12,14-7,19-26, 28-9
- Browne, Alister, British Columbia Civil Liberties Association**  
Biographical notes, 14:122  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:125-41; 33R:34,82
- Brush, Jean, case**  
*See*  
Assisted suicide - Legal decisions - *Brush, Cecil*
- Buckingham, Janet, Evangelical Fellowship of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:61-2,69-71
- Buckman, Robert, Toronto Bayview Regional Cancer Centre**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 26:4-16; 33R:67  
*I Don't Know What To Say*, 1992, 26:11
- Buhr, Janice, Niagara Community Impact Committee**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 31:9-13
- Buhr, Robert, Niagara Community Impact Committee**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 31:11-3
- Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité**  
Kénis, Yvon, *Euthanasie active et les médecins: pratiques et opinions*, 4:36-7,46; 33R:A-21
- Birkett, Lucille, Edmonton, Alberta**  
Mémoire présenté, 33R:A-13
- Birnie, Lisa Hobbs**  
*Uncommon Will: The Death and Life of Sue*, références, 14:34, 35; 15:111
- Black, Douglas Peyton**  
*Availability (The) of Primary Medical Services in Areas with Dispersed Populations*, 1993, 26:16
- Blanchet, Bertrand, Conférence des évêques catholiques du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:45-6,48-50,52-4; 33R:81
- Bloedow, Jonathan, Action pour la vie**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:13-7
- Blondeau, Danielle, département des sciences infirmières, Université Laval**  
*Éthique de mort et droit à la mort*, Jean-Louis Baudouin, Presses universitaires de France, 1993, 29:30-1; 32:6; 33R:A-19  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:65-79,81-2  
Notes biographiques, 12:64
- Boadway, Ted, Association médicale de l'Ontario**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:70-2,78-84; 33R:41-2, 56,70
- Boey, Harold, Manitoba Physicians for Life**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:47,52-3
- Boisvert, Marcel, Hôpital Royal Victoria**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 6:27-47,55; 33R:35,66  
Références, 27:16; 28:18; 29:33
- BOLDUC, honorable Roch, sénateur**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:28
- Boram, David (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:82-3; 33R:A-3
- Boram, John (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:74-82; 33R:A-3
- Bottle, Randy, Alberta Indian Health Care Commission**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 30:19-27; 33R:58
- Bourbonnais, Pierre, Association des hôpitaux du Québec**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:42,47-9,52
- Bourque, Mary Anne, Association des hôpitaux du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:21,24,26,28-31
- Bowley, R.E., Peterborough, Ontario**  
Mémoire présenté, 33R:A-13
- Boyle, Michael, British Columbia Association of Social Workers**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:93-104,106-8
- British Columbia Association of Social Workers**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:93-9; 33R:A-3



**Bureau, Yvon (Personal presentation)**

Biographical notes, 4:32

Euthanasia and assisted suicide, study, 4:33-51; 33R:49,67,83, A-53-4

*Ma mort. Ma dignité. Mes volontés. Le testament biologique*, Québec: Éditions du Papillon, 1991, 33R:A-19*Responsable jusqu'à la fin*, 4:32-3; 33R:A-9**Cain, Vince, British Columbia Coroner's Office**

Euthanasia and assisted suicide, study, 16:62-4,68-77

**Cairns, Jim, Ontario Office of the Chief Coroner**

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:7-16,19-20; 33R:76-7

**Calabogie, Renfrew Pro-Life Association, Ontario**

Written submission, 33R:A-13

**Callahan, Daniel, Hastings Centres**

Quotations, 8:16; 14:48-9; 18:64,66; 22:26

*When Self-Determination Runs Amok*, article, quote, 15:8-9**Calvinist and Reformat Church of Holland**

References, 21:30; 30:13

**Campbell, Martin, Dying with Dignity**

Euthanasia and assisted suicide, study, 7:21-2,25-8,30-2,36,41, 43; 33R:66

**Campion, Brigitte, Catholic Health Association of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:151-2,159

**Canada Health Act**

Discussion, 26:18-9

Proposition, 23:22

**Canadian AIDS Society (CAS)**

Background information, 12:39-41

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:42-51; 33R:9,A-2, A-50-1

**Canadian Anglican House of Bishops**

Reference, 28:4

**Canadian Association for Community Living**

Background information, 23:42-3

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:44-50; 33R:A-2

**Canadian Association for Suicide Prevention**

Euthanasia and assisted suicide, study, 2:32-43; 33R:6,25,49, 58,A-3

**Canadian Association of Palliative Care Physicians**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:39-42,47-50

References, 23:39; 25:23,25

**Canadian Association of Social Workers**

Written submission, 4:24; 33R:A-13

**Canadian Bar Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 33R:26-7,69,76,A-13, A-27,A-31,A-58

Reference, 31:28

**British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:80-1; 33R:A-3

**British Columbia Civil Liberties Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:122,124-42; 33R:36, 85,A-3,A-56-7

Information de base, 14:123

**British Columbia Coalition of People with Disabilities**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:54,56-9,62; 33R:A-3

Information de base, 16:53,55,60-1

**British Columbia Coroner's Office**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:62-77; 33R:A-3

**British Columbia Hospice/Palliative Care Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:38-52; 33R:A-3

Rôle, activités, 16:36-7

**British Columbia Persons with AIDS Society**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:23-36; 33R:21-2,A-3

**British Medical Association***Institute of Medical Ethics Working Party*, 2:27; 15:43-4**British Medical Journal***Euthanasia in the Netherlands*, Gerrit Van der Wal et Robert J.M. Dillmann, 21:69; 33R:A-23**Brown, David, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:6-12,14-7,19-26,28-9

**Browne, Alister, British Columbia Civil Liberties Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:125-141; 33R:36,85

Notes biographiques, 14:122

**Brush, Jean, affaire***Voir*Aide au suicide - Décisions judiciaires - *Brush, Cecil***Buckingham, Janet, Evangelical Fellowship of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:61-2,69-71

**Buckman, Robert, Toronto Bayview Regional Cancer Centre**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 26:4-16; 33R:69

*I Don't Know What To Say*, 1992, 26:11**Buhr, Janice, Niagara Community Impact Committee**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 31:9-13

**Buhr, Robert, Niagara Community Impact Committee**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 31:11-3

**Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité**Kénis, Yvon, *Euthanasie active et les médecins: pratiques et opinions*, 4:36-7,46; 33R:A-21**Bureau, Yvon (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:33-51; 33R:51,69,85-6, A-53-4

*Ma mort. Ma dignité. Mes volontés. Le testament biologique*, Québec: Éditions du Papillon, 1991, 33R:A-19

Notes biographiques, 4:32

*Responsable jusqu'à la fin*, 4:32-3; 33R:A-9



**Canadian Cancer Society**

Euthanasia and assisted suicide, study, 6:47-57; 33R:A-3,A-28  
References, 5:9,28-9

**Canadian Charter of Rights and Freedoms**

Discussion, 27:51,60; 33R:5  
Section 1, 15:38-9,46-7,55; 21:44; 27:5; 33R:4  
Section 7, 15:10,46-7,62; 29:47-8  
Section 15, 15:39,45-7,54,61,70; 18:77  
Equality before the law, 15:39,45-7,54,61,70; 18:77; 33R:4  
Establishment, 15:108-9  
Euthanasia and assisted suicide, definitions, 25:41-2; 26:7;  
33R:1,5,52-3  
Health, 26:18-9; 33R:9  
Innocent, presumption, 21:44; 29:47-9  
Life, sanctity of life, 15:10,46-7,62; 33R:4  
Minority and majority, interrelationship, onus of proof, 15:38-9,  
46-7,55; 21:44; 27:5  
Rights, individual and collective, 18:76-8; 20:24; 27:5; 33R:1,4  
Suicide, 18:76-8; 33R:1  
Supreme Court, interpretation, 18:131; 25:33; 26:7; 33R:1,4,  
52-3  
Chronology, 33R:A-31  
*See also*  
Constitution  
Human rights

**Canadian College of Family Physicians**

Background information, 23:4-5  
*Canadian Family Medicine*, 23:5  
Euthanasia and assisted suicide, study, 23:6-18; 33R:58,A-5  
Reference, 22:40; 25:24; 32:56

**Canadian Conference of Catholic Bishops**

Euthanasia and assisted suicide, study, 22:43-58; 33R:59,79,  
A-3

**Canadian Council on Health Facilities Accreditation**

Reference, 25:27

**Canadian Family Medicine**

College of Family Physicians of Canada, 23:5

**Canadian Family Physician**

Singer, Peter A. and Nitsa Kohut, 33R:A-21  
Tremayne-Lloyd, Tracey, 33R:A-23

**Canadian Hospital Accreditation Association**

Reference, 25:23

**Canadian Hospital Association (CHA)**

Background information, 19:18  
Euthanasia and assisted suicide, study, 19:19-31; 33R:A-3,  
A-27,A-31  
*Joint Statement on Resuscitative Interventions*, Canadian Medical  
Association and the Catholic Health Association of Canada,  
25:5-7,10

**Canadian Humanist of Canada**

*See*  
Humanist Association of Canada

**Bureau du coroner de la Colombie-Britannique**

*Voir*  
British Columbia Coroner's Office

**Bureau du coroner en chef de l'Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:5-20; 33R:A-4  
Information de base, membres, rôle, 20:4

**Bureau du procureur de la Couronne de l'Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:40-54; 33R:80-1,A-9

**Cain, Vince, Bureau du coroner, Colombie-Britannique**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:62-4,68-77

**Cairns, Jim, Bureau du coroner, Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:7-16,19-20; 33R:78-9

**Calabogie, Renfrew Pro-Life Association, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-13

**Callahan, Daniel, Hastings Centres**

Citations, 8:16; 14:48-9; 18:64,66; 22:26; 27:31  
*When Self-Determination Runs Amok*, article, citation, 15:8-9

**Campbell, Martin, Mourir dans la dignité**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 7:21-2,25-8,30-2,36,41,  
43; 33R:68

**Campion, Brigitte, Association catholique canadienne de la santé**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:151-2,159

**Canadian Association of Palliative Care Physicians**

*Voir*  
Association canadienne des médecins en soins palliatifs

**Canadian Family Physician**

Singer, Peter A. et Nitsa Kohut, 33R:A-21  
Tremayne-Lloyd, Tracey, 33R:A-23

**Canadian Medical Association Journal**

*Voir*  
*Journal de l'Association médicale canadienne*

**Canadian Nurses for Life**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:5-9,17-27; 33R:44,51,  
A-9

**Canadian Physicians for Life**

*Voir*  
Médecins canadiens pour le respect de la vie

**Canadian Unitarian Council**

*Voir*  
Conseil unitarien du Canada

**Cancer**

Comité, rapport  
Chronologie, 33R:A-28  
Recommandation, 33R:ix-xi  
Maladie, symptômes, 22:36  
Patients  
Besoins, étude de la Société canadienne du cancer, 5:28-9  
Douleur, contrôle, 5:35  
Personnes souffrantes, statistiques, 19:17; 28:27

**Canadian Medical Association (CMA)**

Background information, 25:4,13-4

*Canadian Physicians and Euthanasia*, report, 33R:A-30

Doctors, role, views, 14:27; 20:73

**Euthanasia**

Advance directives, 28:12

Participation, exclusion, 16:19

Position, 14:27

Comments, 25:12-4

Protocols, statements, references, 2:8-9

Survey, polls, 14:12,24-5,31-2,36; 25:5,11-2,18-20,28,35

Anonymous, questionnaire, 25:31-2

Vote, results, 16:19-20

Euthanasia and assisted suicide, study, 25:5-32; 33R:41-2,A-3, A-27,A-29-31

Health care resources, 8:16

*Joint Statement on Resuscitative Interventions*, Canadian

Hospital Association and the Catholic Health Association of Canada, 25:5-7,10

**Palliative care**

Code of ethics, 20:74

Guidelines, 26:24; 27:45

Principles, adhering, 16:19

References, 20:79; 25:29; 26:15,22; 30:8; 31:15; 33R:1-2

**Canadian Medical Association Journal**

Articles, 25:5,25; 27:31; 33R:A-20-3

Kinsella, Douglas and Marja Verhoef, 33R:A-21

Kluge, Eike-Henner W., 1993, citation, 32:28

Latimer, Elizabeth and James McGregor, 4:4,9-10; 33R:A-21

Sawyer, Douglas, 33R:A-23

Singer, Peter A., 7:5-7; 33R:A-21-2

Williams, John, 33R:A-23

**Canadian Nurses Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 19:4-18; 33R:22-3,80-1, A-3,A-27,A-31

References, 29:6

**Canadian Nurses for Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:5-9,17-27; 33R:42,49, A-8

**Canadian Palliative Care Association (CPCA)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 5:4-18; 33R:17,30,A-3, A-24,A-86,A-105

References, 4:52,65-6; 25:22; 28:16,32

**Canadian Pharmaceutical Association (CPhA)**

Background information, 23:19

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:20-9; 33R:61,A-3

**Canadian Physicians and Euthanasia**

Canadian Medical Association, report, 33R:A-30

**Canadian Physicians for Life**

Background information, 14:21

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:23-41; 33R:30,57, 62,80,A-3

*Person (The) in Community*, 14:21-2

Reference, 7:4

**Cancer—Suite****Patients—Suite**

Phases, 13:7

Statistiques, 5:29; 23:21

Recherche, Sloan Kettering, New York, centre, 29:35

Soins à domicile, 23:22; 32:17,56

Mort, 33R:23

Soins palliatifs, 23:14-5,21; 33R:19

Maison Michel Sarrazin, philosophie, 13:5-6

**Cancer Pain: A Monograph on the Management of Cancer Pain**

Expert Advisory Committee on the Management of Severe Chronic Pain in Cancer Patients, 1984, 22:28

**Caring for the Dying: Choices and Decisions**

Église Unie du Canada, 27:29

**Carlsie, Sheila, Bureau du coroner, Colombie-Britannique**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:64-71,73-6

**Caron-Boulet, Nicole, Manitoba Physicians for Life**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:51-2

**Carrefour des chrétiens du Québec pour la santé**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:84-94; 33R:A-4

**Carrier, Réjean (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 3:5-25; 33R:36-7,50,60-1, 64,82,84,A-4,A-56

Notes biographiques, 3:4

**CARSTAIRS, honorable Sharon, sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Avortement, 27:59

Coroner, 20:13-4

Directives préalables, 17:82-3,85; 24:18; 25:18

Douleur, contrôle

Définitions, souffrance, 17:34-5; 29:12

Narcotiques, utilisation, 18:132-3

Statistiques, 28:27

Euthanasie et aide au suicide

Code criminel, changements, 20:15,60

Autochtones, 30:23

Meurtre au troisième degré, proposition, 29:49-50

Traitement égal pour tous les Canadiens, 31:30

Commission de réforme du droit, 31:29

Décisions judiciaires

Nancy B., 29:12

Rodriguez, Sue, 24:31-2

Demandes, raisons, 17:122

Familles, 25:45

Patients, 26:10-1

Légalisation, inquiétudes, effets, impact, 29:37

Abus, 27:14-5

Diminution de la qualité de vie des gens autour de la personne, 28:28-9

Opposition, 22:12

Médicaments, approvisionnement, 23:26

Mort, désir de mourir, 24:17-9

Recherches, 17:17

Pays-Bas, expériences, 18:91; 20:83; 21:16-7,24; 29:49; 30:11

Comparaison, 22:13; 29:12-3

Personnes âgées, inquiétudes, 30:12



- Canadian Royal College of Physicians and Surgeons**  
*See*  
 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Canadian Society of Palliative Care Physicians**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 22:22-42
- Canadian Unitarian Council (CUC)**  
 Background information, membership, 14:59  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 14:60-70; 33R:65-6,68, 82,A-3
- Cancer**  
 Committee, report  
   Chronology, 33R:A-28  
   Recommendation, 33R:ix-xi  
 Disease, symptoms, 22:36  
 Home care, 23:22; 32:17,56  
   Death, 33R:23  
 Palliative care, 23:14-5,21; 33R:19  
   Maison Michel Sarrazin, approach, 13:5-6  
 Patients  
   Needs, study by Canadian Cancer Society, 5:28-9  
   Pain control, 5:35  
   Persons experiencing, statistics, 19:17; 28:27  
   Phases, 13:7  
   Statistics, 5:29; 23:21  
 Research, Sloan Kettering, New York, centre, 29:35
- Cancer Pain: A Monograph on the Management of Cancer Pain**  
 Expert Advisory Committee on the Management of Severe  
 Chronic Pain in Cancer Patients, 1984, 22:28
- Capital punishment**  
*See under*  
 Criminal Code - Murder
- Care centres**  
*See under*  
 Hospitals - Palliative care
- Caring for the Dying: Choices and Decisions**  
 United Church of Canada, 27:29
- Carlisle, Sheila, British Columbia Coroner's Office**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 16:64-71,73-6
- Caron-Boulet, Nicole, Manitoba Physicians for Life**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 18:51-2
- Carrefour des chrétiens du Québec pour la santé**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 20:84-94; 33R:A-3
- Carrier, Réjean (Personal presentation)**  
 Biographical notes, 3:4  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 3:5-25; 33R:34-5,48, 58-9,61,80-1,A-3,A-55-6
- CARSTAIRS, Hon. Sharon, Senator**  
 Euthanasia and assisted suicide, study  
   Abortion, 27:59  
   Advance directives, 17:82-3,85; 24:18; 25:18  
   Coroner, 20:13-4  
   Disabled and handicapped people, 17:107; 18:146; 23:47
- CARSTAIRS, honorable Sharon, sénateur—Suite**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*  
 Euthanasie et aide au suicide—*Suite*  
   Poursuites, sentences, 20:64  
   Pratique, preuve, 18:9,132; 29:49  
   Profession médicale, fardeau, responsabilité, rôle, 22:13  
   Recherches, études  
   Données, manque, 29:12-3  
   Sondages, 25:18-9; 27:14  
   Parti réformiste, 18:89  
   Poursuites judiciaires, immunité, dispositions, anonymat, proposition, effets, 25:17,20  
   Religions, compassion, opinion, 22:55  
   Personnes handicapées et invalides, 17:107; 18:146; 23:47  
   Pharmacien, rôle, 23:25  
   Société, droits individuels et le bien commun, comparaison, utopie, 27:28; 28:8  
   Soins palliatifs, 31:29  
   Buts, objectifs, 19:10-1  
   Coûts, 17:119; 19:28  
   Définition, manque, effets, 29:13  
   Dignité, respect, 18:71  
   Formation, 17:54; 20:46  
   Lignes directrices, normes, provinces, 31:29-30  
   Patients  
   Options, droits, 17:51-2; 20:83  
   Patient-médecin de famille, relation, coupure, 22:42; 27:15-6  
   Soins à domicile, 17:53  
   Sous-utilisés, sous-développés, 29:37  
   Système, réforme, 17:66-7  
   Suicide, 18:59  
   Décriminalisation, 29:49; 32:58-9  
   Traitements médicaux  
   Acharnement thérapeutique, agressif, 18:27; 24:18  
   Futiles ou non désirés, interruption, 19:11;  
   "Ne pas réanimer", directives préalables, effets, 28:29  
   Refus, effets, 24:17-9; 30:23  
   Procédure, 22:42-3  
   Motion, 22:4; 33:3  
   Témoins, comité, comparution, 18:27
- Casey House, Toronto, Ontario**  
 Références, 27:38-9; 32:16
- Cashin, Robert, affaire**  
*Voir*  
 Aide au suicide - Décisions judiciaires - *Cashin, Murielle*
- Cassidy, Sheila, auteur**  
 Référence, 22:48
- Catholic Health Association of British Columbia**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:143-5,148-59; 33R:63, A-4  
 Information de base, 14:142,146-7
- Catholic Health Association of Manitoba**  
*Voir*  
 Association catholique Manitobaine de la santé
- Catholic Physicians Guild of Manitoba**  
 Mémoire présenté, 33R:A-13



**CARSTAIRS, Hon. Sharon, Senator—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide**

Criminal Code, changes, 20:15,60

Aboriginal peoples, 30:23

Equal treatment to all Canadians, 31:30

Third degree murder, proposal, 29:49-50

Death, desire, 24:17-9

Research, 17:17

Law Reform Commission, 31:29

**Legal decisions***Nancy B*, 29:12*Rodriguez, Sue*, 24:31-2; 29:12

Legalization, concerns, effects, impact, 29:37

Abuses, 27:14-5

Diminish the lives of the people around the person, 28:28-9

Opposition, 22:12

Medical profession, burden, responsibility, role, 22:13

Medication, supply, 23:26

Netherlands, experiences, 18:91; 20:83; 21:15-7,24-6,34-6;

29:49; 30:11

Comparison, 22:13; 29:12-3

Seniors, concerns, 30:12

Practice, evidence, 18:9,132; 29:49

Prosecution, sentence, 20:64

Religions, compassion, opinion, 22:55

Requests, reasons, 17:122

Families, 25:45

Patients, 26:10-1

**Research, studies**

Data, lack, 229:12-3

Surveys, 25:18-9; 27:14

Criminal prosecution, immunity, anonymity, provisions,

proposal, effects, 25:17,20

Reform Party, 18:89

**Medical treatments**

"Do not resuscitate", orders, effects, 28:29

Futile or unwanted, withdrawing, 19:11

Refusal, 24:17-9; 30:23

Therapeutic harassment, aggressive, 18:27; 24:18

**Pain control**

Definitions, suffering, 17:34-5; 29:12

Narcotics, use, 18:132-3

Statistics, 28:27

**Palliative care**

Costs, 17:119; 19:28

Definition, lack, effects, 29:13

Dignity, respect, 18:71

Guidelines, standards, provinces, 31:29-30

Home care services, 17:53

**Patients**

Doctor-patient relationship, sever ties with, 22:42; 27:15-6

Options, rights, 17:51-2; 20:83

Purpose, objectives, 19:10-1

System, reform, 17:66-7

Training, 17:54; 20:46

Under-utilized, under-developed, 29:37

**Pharmacist, role, 23:25****Society, rights, individual and common good, comparison, 28:8**

Utopia, 27:28

Suicide, 18:59

Decriminalization, 29:49; 32:58-9

**Procedure, 22:42-3**

Motion, 22:4; 33:3

**Catholic Women's League of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:116-7; 33R:A-4,A-13

Rôle, activités, 17:115,118-9

**Centre for Renewal in Public Policy**

Mémoire présenté, 33R:A-13

**Centre local de services communautaires (CLSC)***Voir sous*

Québec

**Centres d'hébergements***Voir sous*

Soins de longue durée

**Chambre des Lords, Comité spécial sur l'éthique médicale**

Rapport, 4:56; 5:16,32-3; 6:12; 8:36; 12:8,10; 14:17-8,35;

15:92,97; 21:26; 22:48-9,51-2,54-5; 24:26-7; 28:4-5,8-9,

13,23,31; 30:6-7,15; 31:15,20; 33R:A-113-4,A-123,

A-153-4,A-156

**Chapman, Marian, Conseil sur le vieillissement**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:52-70; 33R:5,51

**Charte canadienne des droits et libertés**

Adoption, 15:108-9

Cour suprême, interprétation, 18:131; 25:33; 26:7; 33R:1,4, 54-5

Chronologie, 33R:A-31

Discussion, 27:51,60; 33R:4-5

Art. 1, 15:38-9,46-7,55; 21:44; 27:5; 33R:42

Art. 7, 15:10,46-7,62; 29:47-8

Art. 15, 15:39,45-7,54,61,70; 18:77

Droits, individuels et collectifs, 18:76-8; 20:24; 27:5; 33R:1,4

Égalité devant la loi, 15:39,45-7,54,61,70; 18:77; 33R:4

Euthanasie et aide au suicide, définitions, 25:41-2; 26:7;

33R:1,54-5

Innocence, présomption, 21:44; 29:47-9

Minorité et majorité, relation, fardeau de la preuve, 15:38-9, 46-7,55; 21:44; 27:5

Santé, 26:18-9; 33R:9

Suicide, 18:76-8; 33R:1

Vie, caractère sacré, 15:10,46-7,62; 29:47; 33R:4

*Voir aussi*

Constitution

Droits de la personne

**Charte des Nations Unies**

Âge, distinction, 15:16-7

Droits de l'homme et libertés fondamentales, respect universel et effectif, art. 55, 15:7

**Chevaliers de Colomb, Conseil provincial du Nouveau-Brunswick**

Mémoire présenté, 33R:A-13

**Chilliwack Pro Life Society**

Mémoire présenté, 33R:A-13

**Chine**

Contrôle des naissances, 30:7

**Chipeur, Gerald D. (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 27:47-62; 33R:A-4

- CARSTAIRS, Hon. Sharon, Senator—Cont'd**  
 Procedure—Cont'd  
 Witnesses, Committee, appearance, 18:27
- CAS**  
*See*  
 Canadian AIDS Society
- Casey House, Toronto, Ontario**  
 References, 27:38-9; 32:16
- Cashin, Robert, case**  
*See*  
 Assisted suicide - Legal decisions - *Cashin, Murielle*
- Cassidy, Sheila, author**  
 Reference, 22:48
- Catholic Church**  
*See under*  
 Religions
- Catholic Health Association of British Columbia**  
 Background information, 14:142,146-7  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 14:143-5,148-59;  
 33R:60-1,A-4
- Catholic Health Association of Canada**  
 Background information, 20:142  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 14:143-159; 33R:A-4,  
 A-27,A-31  
*Joint Statement on Resuscitative Interventions*, Canadian Medical  
 Association and the Canadian Hospital Association, 25:5-7,10
- Catholic Health Association of Manitoba**  
 Background information, role, activities, 18:62  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 18:61-78; 33R:A-4  
*Health Care Ethics Guide*, 18:40
- Catholic Physicians Guild of Manitoba**  
 Written submission, 33R:A-13
- Catholic Women's League of Canada**  
 Background information, 17:115,118-9  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 17:116-7; 33R:A-4,A-13
- Centre for Excellence in HIV/AIDS**  
*See*  
 British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS
- Centre for Renewal in Public Policy, Gloucester, Ontario**  
 Written submission, 33R:A-13
- Centre local de services communautaires (CLSC)**  
*See under*  
 Québec
- Cerebral palsy**  
 Euthanasia and assisted suicide, effects, 28:33
- CF**  
*See*  
 Cystic Fibrosis
- Chipeur, Gerald D. (présentation personnelle)—Suite**  
*National Journal of Constitutional Law*, "Where Judges Fear to  
 Tread", 27:47
- CHN**  
*Voir*  
 Compassionate Healthcare Network Associate
- CHN Facts Brief**  
 Compassionate Healthcare Network Associate, 15:115
- Chochinov, Harvey M., Manitoba Cancer Treatment and Research  
 Foundation**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:5-24; 33R:21,57
- Choice in Dying, Ottawa**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:27-36; 33R:A-4,A-51-2
- Chrétien, le très honorable Jean, premier ministre du Canada**  
 Référence, 15:108-9
- Chrétiens**  
*Voir sous*  
 Religions
- Christian Brethren**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:29,30-5,38-9; 33R:36,  
 45,A-4  
 Information de base, 18:28,36-7
- Christian Medical and Dental Society**  
 Mémoire présenté, 33R:A-13
- Christian Social Morals Action Committee**  
 Mémoire présenté, 33R:A-14
- Christopher Robin, résidence**  
 Références, 20:5-6,11,17,29-30; 23:48-9
- Church of St. John and St. Paul**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 24:20-33; 33R:56,A-4
- Clarifello v. Schacter, [1993] 2 S.C.R. 119, 33R:38**
- CIC**  
*Voir*  
 Niagara Community Impact Committee
- Clapham, Charles, Goodbye: A Right to Die Society**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:18-23,29-33,35,38
- Clémenger, Bruce, Evangelical Fellowship of Canada**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:57-9,67,71,73-4
- Clémehagen, Carol, Association des hôpitaux du Canada**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:18-31
- Clough, Arthur Hugh (1819-89)**  
*The Latest Decalogue*, poème satirique, 2:24-5
- CLSC**  
*Voir*  
 Québec - Centre local de services communautaires

**CHA***See*

Canadian Hospital Association

**Chapman, Marian, Council on Aging**

Euthanasia and assisted suicide, study, 32:52-70; 33R:5,49

**Chevaliers de Colomb, Conseil provincial du Nouveau-Brunswick**

Written submission, 33R:A-13

**Children**

Euthanasia, 31:31-2

Legalization, purpose, concerns, proposals, 11:24-5

Newborns, severely defective, treatment, concerns

Abuse, euthanasia, eugenic, 27:16-7; 33R:4

Down's syndrome babies, 14:71-2; 28:27

Netherlands, 14:141; 27:7

Palliative care, 6:14-5; 17:71-7

**Chilliwack Pro Life Society**

Written submission, 33R:A-13

**China**

Birth control, 30:7

**Chipeur, Gerald D. (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 27:47-62; 33R:A-4

*National Journal of Constitutional Law*, "Where Judges Fear to Tread", 27:47**CHN***See*

Compassionate Healthcare Network Associate

**CHN Facts Brief**

Compassionate Healthcare Network Association, 16:115

**Chochinov, Harvey M., Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:5-24; 33R:20,55

**Choice in Dying, Ottawa**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:28-31; 33R:A-4, A-51-2

**Chrétien, The Right Hon. Jean, Prime Minister of Canada**

Reference, 16:108-9

**Christian Brethren**

Background information, 18:28,36-7

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:29,30-5,38-9; 33R:34,43,A-4

**Christian Medical and Dental Society**

Written submission, 33R:A-13

**Christian Social Morals Action Committee**

Written submission, 33R:A-14

**Christians***See under*

Religions

**Coalition des organisations provinciales, ombudsman des handicapés***Voir*

Conseil des Canadiens avec déficiences

**COCHRANE, honorable Ethel, sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude, soins palliatifs, 26:21-2

**Cockburn, Lyn, chroniqueuse**

Chronologie, 33R:A-30

**Code civil du Québec**

Comité, rapport

Articles pertinents, 33R:A-40-2

Directives préalables, 33R:15,49

Discussion

Art. 10 - Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé, 19:33;

33R:40,A-40

Art. 11 - Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention, 33R:40,A-40

Art. 12 - Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer, 33R:40,A-40

Art. 1457-1481, 33R:35

*Voir aussi sous*

Québec - Euthanasie

**Code criminel**

Aide au suicide, 33R:1

Application, 32:68-9

Article distinct ou loi distincte, besoin, 20:11,13,15,45-6

Autochtones, 30:23

Charte canadienne des droits et libertés, 33R:1,5,54-5

Comité, rapport

Articles pertinents, 33R:A-35-9

Chronologie, 33R:A-27-32

Modifications législatives: quelques propositions, 33R:A-43-8

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi

Compétence, 22:33

Droit civil ou "Common Law", harmonisation, 19:36

Droit de refuser ou d'interrompre un traitement, 8:8; 19:36, 38-9,47; 20:37-8,42,44-6; 26:9; 27:20; 33R:1

Interdiction, maintien, recommandation, 16:11; 20:84-94; 32:58

Législation, discussion, 28:12; 33R:28

Aide au suicide, décriminalisation, arguments, 32:32-3,40,42, 46,57-9; 33R:1

Contre, 33R:57-65

Pour, 33R:66-71

Autochtones, 30:21-3

Compétences, 31:24-5,30,32-4

Dispositions

Existantes, maintien ou changement, 16:11,66-7,80; 18:32, 50,68,134-5,150; 19:34,38-42,47-8; 20:11-3,15-6,60;

23:11-2; 27:55; 28:9; 29:41,43; 30:19; 32:58

Nouvelles, besoin de précision, 18:85

Jurisprudence, écarts, 2:9; 14:82-3; 15:37,44-7

Modifications proposées, 16:39-45, 56-7; 21:68-9; 22:12

Art. 217 - Obligation des personnes qui s'engagent à accomplir un acte, 19:38-9



- Christopher Robin Institution**  
References, 20:5-6,11,17,29-30; 23:48-9
- Church of England Anglican House of Bishops**  
References, 28:4,13
- Church of St. John and St. Paul**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 24:20-33; 33R:54,A-4
- Churches and religions**  
*See under*  
Religions
- Ciarlante v. Schacter, [1993] 2 S.C.R. 119, 33R:38**
- CIC**  
*See*  
Niagara Community Impact Committee
- Civil Code of Quebec**  
*See under*  
Quebec - Euthanasia  
Quebec Civil Code
- Clapham, Charles, Goodbye: A Right to Die Society**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:18-23,29-33,35,38
- Clemenger, Bruce, Evangelical Fellowship of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:57-9,67,71,73-4
- Clemenhausen, Carol, Canadian Hospital Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 19:18-31
- Clinical Research Institute of Montreal**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 22:5-21; 33R:17,20,25,28,31,56-7,62,80,A-4
- Clough, Arthur Hugh (1819-1869)**  
*The Latest Decalogue*, satiric poem, 2:24-5
- CLSC**  
*See*  
Quebec - Centre local de services communautaires
- CMA**  
*See*  
Canadian Medical Association
- COCHRANE, Hon. Ethel, Senator**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 25:21-2
- Cockburn, Lyn, Journalist**  
Chronology, 33R:A-30
- Code of ethics**  
*See*  
Ethics
- Cohen, Howard (Personal presentation)**  
Biographical notes, 26:16,19-20  
Euthanasia and assisted suicide, study, 26:16-26; 33R:A-4
- Code criminel—Suite**  
Législation, discussion—*Suite*  
Modifications proposées—*Suite*  
Art. 241 - Fait de conseiller le suicide ou d'y aider, 14:13-4,81-5; 15:44-5,48,131-2,137; 17:29,41,103,116,119; 18:7,50,102-3,134-5; 19:47-8; 21:63; 25:37-40,45,47; 26:6; 27:20-1; 31:18,27,33; 33R:29,53-4,A-29  
Cour suprême du Canada, interprétation, 18:131; 25:41-2; 26:7; 32:30,32; 33R:1,4,29,54-5  
Art. 285, 33R:35  
Art. 289, 29:44  
Art. 690, 31:30  
Options, 31:21  
Propositions, changements, 15:41-8,56-7; 16:11,26-7; 17:29-31,150; 19:38-41; 20:15,60; 21:68-9; 22:11; 24:30; 25:13; 27:50,59; 28:9,12; 29:41; 32:32-3,61  
Bases scientifiques, absence, 17:22  
Nécessité, 17:18,41,84; 19:6-7,23,36-7,42-3; 20:11-3  
Opinion, 32:40  
Meurtre, tuer, comparaison, débat, euthanasie, 15:82; 31:7-8  
Condamnation, peines, lignes directrices, 27:10-1; 29:42-3; 30:21  
Meurtre par compassion et pitié, 17:27; 18:32,66-7; 27:13,51; 28:17,21; 29:46,48; 31:5,22-3,30-2; 32:59  
Peine de mort, abolition, 25:28-9  
Premier degré, 29:46  
Second degré, seule accusation possible, solution, 20:8,11-4; 29:42,46; 31:23  
Troisième degré, proposition, 18:134-5; 29:47-54  
Procès devant un jury ou un juge seul, 20:13,15  
Rôle, vie, 14:23; 31:16-7,28-9; 32:58  
Traitement égal pour tous les Canadiens, 31:30  
Suicide, décriminalisation, abrogation, 7:26; 24:27; 32:58-9; 33R:A-27
- Cohen, Howard (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 26:16-26; 33R:A-4  
Notes biographiques, 26:16,19-20
- Collège des médecins de famille du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:6-18; 33R:60,A-4  
Information de base, 23:4-5  
*Médecin de famille canadienne*, 23:5  
Références, 22:40; 25:24; 32:56
- Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 33R:31,A-29
- College of Family Physicians**  
*Voir*  
Collège des médecins de famille du Canada
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:35-47; 33R:81,A-5  
Information de base, rôle, activités, 20:34  
Références, 2:8-9; 20:80; 22:40; 25:18; 32:56
- Colombie-Britannique**  
Coroners, rôle, pouvoirs, processus, 16:62-77; 25:16  
Cour d'appel, décisions  
*Astaforoff*, affaire, 33R:41  
McEachern, Allan, conditions, 31:20; 33R:A-50  
*Voir aussi*  
*Rodriquez, Sue*, affaire

**College of Family Physicians of Canada**

- Background information, 23:4-5
- Canadian Family Medicine*, 23:5
- Euthanasia and assisted suicide, study, 23:6-18; 33R:58,A-5, A-24
- Reference, 22:40; 25:24; 32:56

**College of Physicians and Surgeons of British Columbia**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 33R:28,A-29

**College of Physicians and Surgeons of Canada**

- See*
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

**Community Hospice Association of Ontario**

- Background information, 10:4-5,8-11
- Euthanasia and assisted suicide, study, 10:6-7,12-24; 33R:A-5

**Compassionate Healthcare Network Association (CHN)**

- Background information, 15:108,115-6
- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:109-14,117-8; 33R:A-5
- CHN Facts Brief*, 15:115
- Letters received, 15:108
- Physician Assisted Death: Is it right for Canada?*, 15:108-15

**Conference of Mennonites in Canada**

- Background information, role, activities, 18:108,116,119-20
- Euthanasia and assisted suicide, study, 18:109-15,117-8; 33R:A-5

**Conrad, Susan, Toronto, Ontario**

- Written submission, 33R:A-14

**Considine, Christopher M. (Personal presentation)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 14:6-20; 33R:68-9,A-5

**Constitution Act, 1867**

- Disabled and handicapped people, 23:46
- Discussion, sections, 27:49,60; 29:8-9
- 91(27), 33R:3
- 92(7), 33R:4
- 92(13), 33R:4
- 92(14), 33R:3
- 92(16), 33R:3
- Education, jurisdiction, powers, effects, 22:33
- See also*
- Canadian Charter of Rights and Freedoms

**COOLS, Hon. Anne C., Senator**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 5:14,40-2; 31:30-2

**Corbeil, Janine (Personal presentation)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 32:24-37; 33R:A-5

**Corbeil, Yvan, Amyotrophic Lateral Sclerosis Society of Quebec**

- Biographical notes, 32:24-5,27-30,32

**CORBIN, Hon. Eymard Georges, Senator**

- Euthanasia and assisted suicide, study
- Aboriginal peoples, 30:27
- Abortion issue, Senate, vote, 12:27-8
- Advance directives, definitions, 23:25; 27:13

**Colombie-Britannique—Suite**

- Directives préalables, état du droit, 33R:47,A-65,A-68
- Recommandations du Comité, 33R:ix-xi
- Euthanasie et aide au suicide, exemples, 10:25,28; 14:75-6; 32:6
- Abstention et l'interruption de traitement de survie, procureurs de la Couronne, procureur général, lignes directrices en matière de poursuites judiciaires, 14:13; 31:19-20,29
- Lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne de la Colombie-Britannique*, 33R:42,55-6,A-31,A-60-4
- Décisions judiciaires
- Nanaimo, *Lorraine Miles*, 25:33
- Vancouver, 29:14; 32:19-21
- Gasper, Peter*, 25:32,38-40,44-5,47-8
- Ogden, Russel D., étude, 22:18; 33R:A-22,A-54-5
- Perry*, 33R:A-28
- Infants Act*, psychiatrie, évaluation, mécanisme, 15:52
- Personnes handicapées et invalides, loi sur la tutelle, 16:53,56
- Procureurs, rôle, 30:6
- Royal Commission on Health Care and Cost*, mandat, recommandation, 14:26; 33R:A-29
- Sidéens, nombre, situation, 16:28-9; 32:21
- Soins de longue durée
- Bénévoles et employés, nombre, 16:48
- Situation, 16:36-7,48-9
- Soins palliatifs, 33R:A-97-8
- Éducation, formation, bénévoles, 14:149,156-7; 33R:A-98
- Hospices, services, situation, 16:36-7,49
- Bénévoles et employées, nombre, 16:48
- Publications gouvernementales, rapport, 33R:A-23-4
- St. Paul's Hospital, programme, 16:38-41,46-8,80-1
- Traitement, terminer, poursuite, ligne directrice, 20:59-60,63-4
- Sondage, chiffres, 25:35
- Suicide, définitions, nombre, statistiques, 16:65,68-71,76

**Commission de réforme du droit du Canada**

- Abolition, 22:11
- Euthanasie et aide au suicide
- Code criminel
- Amendement, proposition, 22:11-2
- Art. 241 sur le suicide, propositions, 1:32; 4:56; 6:41; 31:27
- Clarification, 31:17
- Meurtre par compassion, 31:23
- Réforme, mémoire de 1992, extrait, 19:36
- Définitions, 19:4,7-8
- Historique juridique, 25:48; 26:15; 29:30; 31:26-7,29
- Opinions, 1:44; 9:36; 15:84,98; 19:32
- Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, document de travail 28, 20 juillet 1983, 33R:30,42,A-27, A-48-8
- Cessation de soins inutiles, position, 8:8; 9:32,35; 22:11
- Euthanasie, arguments contre, 9:36; 15:98
- Recommandations, 19:32; 31:26
- Références, 6:31; 15:84
- Notre droit pénal*, citation, 14:23
- Suicide, 22:45,51
- Vie et la mort, prise de décisions touchant, 19:22; 26:15
- Voir aussi*
- Code criminel

**Commission des droits de la personne**

- Référence, 23:48-9



**CORBIN, Hon. Eymard Georges, Senator—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd****Committee**

Expectations, newspaper articles, 17:111-2,118

Mandate, 12:23-5; 16:34; 18:58-9,87-8

Witnesses, appearance, 18:24-6

**Coroners**

British Columbia, role, powers, 16:71-3,76

Index of suspicion, 20:9

**Death**

Classes, 16:66

*Death without fear*, 10:24

Dying process, 4:13; 20:68; 23:39-40

Families and friends, distress, support, effects, 4:13;

15:104-5

Follow-up program, 27:43-4

Mourning, guilt, differences, comparison, 32:33-4

Hospitals or at home, 9:40; 20:10-1

"Humane way", 4:46-7

Religions, 27:44

**Depression, 17:15-8**

Disabled and handicapped people, 17:111-3; 18:106-7; 23:47

Divorce, historical background, legislative process, 27:55

**Euthanasia and assisted suicide**

AIDS community, 14:153; 16:32-4; 24:30

Bioethicists, view, 20:31

Costs, 9:31

Criminal Code, 17:119; 18:50,134,136; 19:48; 24:30; 31:28

Aboriginal peoples, 30:22

Third degree murder, proposal, 29:50,54

Definitions, concepts, confusion, 27:41; 32:50

Example, case, 25:51

House of Lords, 22:51-2,54-5

Killing another person, comments, opposition, 25:49,51

Legislation, dilemma, effects, 16:32-4; 28:37-8

Abuse, manipulation, 30:26-7

Physicians, role, opinion, 10:40; 17:111-3; 20:79; 22:16-7;

23:9; 24:29-30

**Proposals**

Fill forms before the act, 26:12

Tribunals, 27:57

Requests, statistics, Alberta, 16:9

Trust, 27:12

Suicide, abuse, 30:26

Young people, message, 30:22; 31:29; 32:23

Netherlands, experiences, 12:75-6; 17:97-8,122; 18:49,

86-7; 21:15-6,25-6,34-6,55,67-8; 22:16; 26:12; 28:13

Opposition, 27:27

Physicians, remuneration, 25:12

Positions, 7:16; 16:19; 19:20-2; 25:12-4; 27:53-4; 31:28;

32:46-9

Public opinion, 11:28-9; 12:77; 13:20,22; 17:81-2; 30:16

Polls, problem, 30:15

Request, criteria, patient must understand clearly, 26:7

Competence, consent, 32:66-7

Research, hospital records, proposal, 27:12

Society, basic values, ethics, philosophy, protection, 20:92;

22:52; 24:30-1; 25:12; 27:27; 29:33-4; 32:23

Libertarian, definition, 27:53-4

Statistics, lack, 9:40-1; 18:146-7; 20:10

Supreme Court, decisions, *Rodriguez, Sue*, case, 18:118

Judgment, 27:26-7

Lamer, Right Hon. Antonio, 19:45,53; 22:52-3

Survey, interpretation, 26:12-3

**Commission des droits de la personne du Québec**

Référence, 23:48

**Commission Rémelink**

Références, 1:35; 2:33,37-8,40-1; 6:49,60-1; 7:16-7; 12:10;

14:129; 16:75; 17:46-7,90-1; 18:44-5,48,66-7,127,138,

140,147; 21:6-22,24-30,35,38,56-9,62,65-6,69,71; 22:18;

25:16; 26:4-5,12; 30:11; 31:35; 32:59; 33R:A-129-30,

A-138-46,A-148

**Community Hospice Association of Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 10:6-7,12-24; 33R:A-5

Information de base, 10:4-5,8-11

**Compassionate Healthcare Network Associate (CHN)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:109-14,117-8; 33R:A-5

*CHN Facts Brief*, 15:115

Lettres reçues, 15:108

*Mort (La) assistée par un médecin: La solution pour le Canada?*,

mémoire, 15:108-15

Information de base, 15:108,115-6

**Condition socio-économique***Voir sous*

Pauvreté

**Conférence des évêques catholiques du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:43-56; 33R:61,81,A-5

**Conference of Mennonites in Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:109-15,117-8; 33R:A-5

Information de base, rôle, activités, attitude, 18:108,116,119-20

**Conrad, Susan, Toronto, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Conseil canadien d'agrément des établissements de santé**

Référence, 25:27

**Conseil canadien des personnes handicapées***Voir*

Conseil des Canadiens avec déficiences

**Conseil de recherches médicales du Canada**

Références, 29:8-9

**Conseil des Canadiens avec déficiences**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:95-103,107-8; 33R:A-5

Information de base, rôle, activités, membres, 18:93-4,104-6

**Conseil sur le vieillissement**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:53-70; 33R:5,61-2,A-5,

A-57-8

Information de base, 32:52

**Conseil unitarien du Canada (CUC)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:60-70; 33R:67-8,70,85,

A-5

Information de base, 14:59

**Considine, Christopher M. (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:6-20; 33R:70-1,A-5



**CORBIN, Hon. Eymard Georges, Senator—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd**

Families and friends, distress, 4:13; 15:104-5

Follow-up program, 27:43

Government, parliament, legislative process, 30:14-5

Homosexuals, despair, 15:106

Life, sanctity, prime value, 29:36-7

Medical profession, health care professionals, workers, 32:47

Obligations, 8:34-5

Stress management and support programs, 19:28-9

Pain control, medications 9:16; 26:9

Effectiveness, network, consultation, experts, 24:14

Painkillers, 23:27

Secondary effects, morphine, 26:13

Unconscious, 24:12-3

Palliative care, 7:34-6; 10:14-5,43-4; 12:49-50; 14:85-6; 17:

31-2,34; 21:28; 24:28-30; 26:7; 28:32

AIDS patients, 12:32-3; 17:54

Centres, hospices, home care, 14:104-5; 19:12; 32:46-7

Costs, 8:20,45; 12:26-7

Definitions, 27:41; 29:11-2

Effectiveness, 16:93-4,148; 18:9-10

Evolution, 18:69-70

Family and friends, support, 18:75; 19:12; 27:44

Federal-provincial, jurisdictions, effects, 25:30-1; 29:11

Rural, urban areas, 29:10

Funding, 23:10

Guidelines, 20:63

Medical faculties, teaching, 11:15; 29:11

Other countries, comparison, 26:8

Quality, 26:8; 28:29-30

Research, information, need, 25:30-1

Data, precise, problems, 29:10

Team work, 27:43

Use, suggestion, 16:31-3

Volunteers, importance, 20:51-2

Patients, rights, 8:19; 24:30

Competence, 32:66-8

Provinces, jurisdiction, 27:12; 29:10; 32:68

**Public**

Education, 20:47; 26:12; 27:41-2; 28:31

Media, 27:42; 28:31

Opinion, euthanasia, 24:15-7; 28:37; 32:23

Religions, 27:27,41,53-4; 28:13; 30:16

Catholic fundamentalist coalition, 18:38

Christian Brethren, 18:36-7

Mennonites, activities, 18:118-20

Research, pharmaceutical products, industry, 23:26-7

Right to self-determination, equating with self-destruction,

effects, 15:55-6,105; 28:13

Society, individual rights, comparison, philosophy, 27:53-4

Common good, collective, effects, 28:13-4; 29:36-7

Suicide, mental illness, relationship, statistics, 16:117

**Terminally ill**

Care, 9:30-1

Futile treatment, 18:49-50

Treatment, withholding or withdrawing, 19:15

Therapeutic harassment, aggressive treatment, 17:85; 18:26-7

Veterinarian, method to put animals to sleep, 25:49

Procedure, 22:42-3; 23:18-9; 26:23

Motion, 22:4

**Constitution***Voir*

Loi constitutionnelle de 1867

**Contrôle des naissances***Voir sous*

Avortement - Euthanasie

**Convention européenne des droits de l'homme**

Référence, 17:95

**COOLS, honorable Anne C., sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:14,40-2; 31:30-2

**Corbeil, Janine (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:24-37; 33R:A-5

**Corbeil, Yvan, Association de la sclérose latérale amyotrophique du Québec**

Notes biographiques, 32:24-5,27-30,32

**CORBIN, honorable Eymard Georges, sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Autochtones, 30:27

Avortement, question, Sénat, vota, 12:27-8

**Comité**

Attentes, articles de journaux, 17:111-2,118

Mandat, 12:23-5; 18:58-9,87-8

Témoins, comparution, 18:24-6

**Coroner**

Colombie-Britannique, rôle, pouvoirs, 16:71-3,76

Indice de méfiance, 20:9

Dépression, 17:15-6

Directives préalables, définitions, 23:25; 27:13

Divorce, historique, processus législatif, 27:55

Douleur, contrôle, médicaments, 9:16; 26:9

Analgésiques, 23:26-7

Effets secondaires, morphine, 26:13

Efficacité, réseau, consultation, experts, 24:14

Inconscience, 24:12-3

Droit à l'autodétermination, assimilation à l'autodestruction,

effets, 15:55-6,105; 28:13

Euthanasie et aide au suicide

Bioéthiciens, position, 20:31

Chambre des Lords, 22:51-2,54-5

Code criminel, 17:119; 18:50,134,136; 19:48; 24:30; 31:28

Autochtones, 30:22

Meurtre au troisième degré, proposition, 29:50,54

Cour suprême, tribunaux, décisions, affaire *Rodriguez*, 18:118

Jugement, 27:26-7

Lamer, le très honorable Antonio, 19:44; 22:52-3; 24:31;

29:35; 31:29

Coûts, 9:31

Définitions, concepts, confusion, 27:41; 32:50

Demande, critère, patient comprenne clairement, 26:7

Exemple, affaire, 25:51

Législation, dilemme, effets, 16:32-4; 28:37-8

Abus, manipulation, 30:26-7

Jeunes, message, 30:22; 31:29; 32:23

Médecins, rôle, position, 10:40; 17:111-3; 20:79; 22:16-7;

23:9; 24:29-30; 32:68

Confiance, 27:12

Demandes, statistiques, Alberta, 16:9

**Coroners**

- Attitude, role, 16:63-8; 20:4,8-9,15-9; 27:57
- Deaths in the home and deaths in institutions, 33R:6-7,23
- Classes, definitions, 16:66,68,70
- Investigations, difficulties, differences, 20:4-5,10-1,16
- Guidelines, documents, 20:6-7,19-20,82; 33R:15,26-7,29
- Information, difficulty in obtaining, 20:16-7
- Medical examiners, 20:8,18-9; 29:50; 31:35
- Recommendation, 16:76-7
- Research, cooperation with universities, 16:74-5
- Role, powers, process, 16:62-77; 20:4-5,8-18; 25:16; 27:57, 60; 29:40-54; 33R:76-7,A-2,A-8
- Suicide, assisted suicide, homicide, differentiation, 16:69-71
- Training, index of suspicion, 20:9-10
- Unknown female case, inquest, 16:69-76

**Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ)**

- Chronology, 33R:A-29

**Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec**

- Written submission, 33R:A-14

**Cory, Hon. Peter de Carteret, Supreme Court of Canada**

- References, 33R:53,A-49

**Costigan, Angela, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 12:12-5,17-9,21,23, 26-7

**Côté, Agathe, Maison Marc Simon**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 32:11-4,16-7; 33R:22

**Cottle, Margaret, Focus on the Family Association**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:140-7

**Council of Canadians with Disabilities**

- Background information, role, activities, 18:93-4,104-6
- Euthanasia and assisted suicide, study, 18:95-103,107-8; 33R:A-5

**Council of Christian Reformed Churches in Canada**

- Written submission, 33R:A-14

**Council on Aging**

- Background information, 32:52-3
- Euthanasia and assisted suicide, study, 32:53-70; 33R:5,59-60, A-5,A-57

**Coupal, Monique, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 32:38-51; 33R:29,83-4, A-97

**Coupal, Shirley, British Columbia Hospice/Palliative Care Association**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 16:36-8,43-4,47-9,52

**Courts decisions**

- Committee, report, 33R:A-24,A-69-83
- See also
  - Euthanasia - Legal decisions
  - Supreme Court of Canada

**CORBIN, honorable Eymard Georges, sénateur—Suite****Euthanasie et aide au suicide, étude—Suite****Euthanasie et aide au suicide—Suite****Législation, dilemme, effets—Suite****Médecins, rôle, position—Suite****Propositions****Remplir formulaires avant l'acte, 26:12****Tribunaux, 27:57****Suicide, abus, 30:26****Médecins, rémunération, 25:12****Opinion publique, 11:28-9; 12:77; 13:20,22; 17:81-2; 30:16****Sondages, problèmes, interprétation, 25:12-3; 30:15; 32:50****Opposition, 27:27****Pays-Bas, expériences, 12:75-6; 17:97-8,122; 18:49,86-7;****21:15-6,25-6,34-6,55,67-8; 22:16; 26:12; 28:13****Positions, 7:16; 16:19; 19:20-2; 25:12-4; 27:53-4; 31:28;****32:46-9****Recherches, dossiers hospitaliers, proposition, 27:12****Sidéens, 14:153; 16:32-4; 24:30****Société, valeurs fondamentales, éthique, philosophie,****protection, 20:92; 22:52; 24:30-1; 25:12; 27:27; 29:33-4****Libertaire, 27:53-4****Statistiques, manque, 9:40-1; 18:146-7; 20:10****Tuer un autre être humain, commentaires, opposition, 25:49, 51****Gouvernement, parlement, progrès législatif, 30:14-5****Hofsess, John, notes biographiques, 25:46-7****Homosexuels, désespoir, 15:106****Mort****Catégories, 16:66****"D'une façon humaine", 4:46-7****Death without fear, 10:24****Familles et amis, soutien, désarroi, effets, 4:13; 15:104-5****Deuil, culpabilité, différences, comparaison, 32:33-4****Programme, suivi, 27:43-4****Hôpitaux ou à domicile, 9:40; 20:10-1****Processus de la mort, dignité, 4:13; 20:68; 23:39-40****Religions, 27:44****Patients, droits, 8:19; 24:30****Personnes en phase terminale****Soins, 9:30-1****Traitement inutile, 18:49-50****Traitements, interruption ou non-administration, 19:15****Personnes handicapées et invalides, 17:111-3; 18:106-7; 23:47****Professions médicales, travailleurs de la santé, 32:47****Obligations, 8:34-5****Programmes de soutien et de gestion du stress, 19:28-9****Recherche, produits pharmaceutiques, industrie, 23:26-7****Religions, 27:27,41,53-4; 28:13; 30:16****Coalition des catholiques fondamentalistes, 18:38****Frères chrétiens, 18:36-7****Mennonites, activités, 18:118-20****Société, droits individuels, comparaison, philosophie, 27:53-4****Bien commun, collectivité, effets, 28:13-4; 29:36-7****Soins palliatifs, 7:34-6; 10:14-5,43-4; 12:49-50; 14:85-6; 17: 31-2,34; 21:28; 24:28-30; 26:7; 28:32****Autres pays, comparaison, 26:8****Bénévoles, importance, 20:51-2****Centres d'hébergement, hospices, soins à domicile, 14:104-5; 19:12; 32:46-7****Coûts, 8:20,45; 12:26-7****Définitions, 27:41; 29:11-2****Efficacité, 15:93-4,148; 18:9-10**



**Coutlée, Pierre, Lasalle, Quebec**  
Written submission, 33R:A-14

**Cowley, Abraham, author**  
Reference, 32:52

**CPCA**  
*See*  
Canadian Palliative Care Association

**CPHA**  
*See*  
Canadian Pharmaceutical Association

**CPMQ**  
*See*  
Corporation professionnelle des médecins du Québec

**CPR**  
*See under*  
Palliative care - Do not resuscitate and cardiopulmonary resuscitation

**Creighton, Phyllis, Toronto, Canada**  
Written submission, 33R:A-14

**Crelinsten, Gordon, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 20:35-43,45-7; 33R:78

**Cressman, Julianne (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:77-8; 33R:A-5

## **Criminal Code**

Aboriginal peoples, 30:22-3  
Assisted suicide, 33R:1  
Canadian Charter of Rights and Freedoms, 33R:1,5,52-3  
Civil law or common law, harmonizing, 19:36  
Committee, report  
Chronology, 33R:A-27-32  
Recommendations, 33R:ix-xi  
Relevant Provisions, 33R:A-35-9  
Sample Amendment Proposals, 33R:A-43-8  
Suggested Procedural Guidelines, 33R:A-49-58  
Death penalty, comparison, 6:56; 18:20; 28:27  
Abolishment, 25:28-9  
Capital punishment, 15:82  
Enforcement, 32:68-9  
Legalization, proposals, discussion, 28:12; 33R:26  
Aboriginal peoples, 30:21-3  
Assisted suicide, decriminalisation, 32:32-3,40,42,46,57-9; 33R:1  
Against, 33R:55-63  
For, 33R:64-9  
Case law, discrepancies, 2:9; 14:82-3; 15:37,44-7  
Changes, 15:41-8,56-7; 16:11,26-7; 17:29-31, 150; 19:38-41; 20:15,60; 21:68-9; 22:11; 24:30; 25:13; 27:50,59; 28:9,12; 29:41; 32:32-3,61  
Need, 17:18,41,84; 19:6-7,23,36-7,42-3; 20:11-3  
Opinions, 32:40  
Scientific basis, lack, 17:22

**CORBIN, honorable Eymard Georges, sénateur—Suite**  
Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*

Soins palliatifs—*Suite*  
Évolution, 18:69-70  
Facultés de médecine, enseignement, 11:15; 29:11  
Famille et amis, soutien, 18:75; 19:12; 27:44; 32:59  
Fédéral-provincial, compétences, effets, 25:30-1; 29:11  
Rural, urbain, milieu, 29:10  
Financement, 23:10  
Lignes directrices, 20:63  
Qualité, 26:8; 28:29-30  
Recherche, information, besoin, 25:30-1  
Données claires, problèmes, 29:10  
Sidéens, 12:32-3; 17:54  
Travail multidisciplinaire, 27:43  
Utilisation, proposition, 15:31-3  
Suicide  
Deuil, culpabilité, 32:33-4  
Maladie mentale, relation, statistiques, 15:117  
Traitement, acharnement thérapeutique, agressif, 17:85; 18:26-7  
Vétérinaire, méthode pour endormir les animaux, 25:49  
Vie, caractère sacré, première valeur, 29:36-7  
Procédure, 22:42-3; 23:18-9; 26:23  
Motion, 22:4

## **Coroners**

Affaire de la femme inconnue, enquête, 16:69-76  
Attitude, 16:63-8; 20:4,8-9,15-9; 27:57  
Décès à domicile et décès dans un établissement public, 33R:6-7, 23  
Catégories, définitions, 16:66,68,70  
Enquêtes, difficultés, différences, 20:4-5,10-1,16  
Examens médicaux, 20:8,18-9; 29:50; 31:35  
Formation, indice de méfiance, 20:9-10  
Informations, obtention, difficultés, 20:16-7  
Lignes directrices, documents, 20:6-7,19-20,82; 33R:15,26-7, 29  
Recherches, collaboration avec les universités, 16:74-5  
Recommandation, 16:76-7  
Rôle, pouvoirs, processus, 16:62-77; 20:4-5,8-18; 25:16; 27:57,60; 29:40-54; 33R:76-7,A-2,A-8  
Suicide, aide au suicide, homicide, différences, ligne de démarcation, 16:69-71

**Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ)**  
Chronologie, 33R:A-30

**Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec**  
Mémoire présenté, 33R:A-14

**Cory, honorable Pater de Carteret, Cour suprême du Canada**  
Références, 33R:55,A-49

**Costigan, Angela, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:12-5,17-9,21,23,26-7

**Côté, Agathe, Maison Marc Simon**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:11-4,16-7; 33R:23

**Cottle, Margaret, Focus on the Family Association**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:140-7



**Criminal Code—Cont'd**Legalization, proposals, discussion—*Cont'd*

Existing provisions, maintaining or changing, 16:66-7,80;  
18:32,41,50,68,134-6,150; 19:34,38-42,47-8; 20:11-3,  
15-6,60,69; 23:11-2; 27:55; 28:9; 29:41,43; 30:19; 32:58;  
33R:26

Jurisdictions, 22:33; 31:24-5,30,32-4

Modifications proposed, 15:39-45, 56-7; 21:68-9; 22:12

Section 217 - Duty of Persons Undertaking Acts Dangerous to  
Life, 19:38-9

Section 241 - Counselling or Aiding Suicide, 14:13-4,81-5;  
15:44-5,48,131-2,137; 17:29,41,103,116,119; 18:7,50,  
102-3,134-5; 19:47-8; 21:63; 25:37-40,45,47; 26:6;  
27:20-1; 31:18,27,33-4; 33R:29,53-4,A-29

Supreme Court of Canada, interpretation, 18:131; 25:41-2;  
26:7; 32:30; 33R:1,4,27,52-3

Section 265, 33R:33

Section 289, 29:43

Section 690, 31:30

New provisions, need for preciseness, 18:85

Options, 31:21

Murder, killing, comparison, debate, euthanasia, 15:82; 31:7-8

Convictions, sentencing guidelines, 27:10-1; 29:42-3; 30:21

Criminal offence, suspended sentence, 21:61; 29:50

Pursuits, sentences, 20:64

Death, penalty, abolishing, 25:28-9

First degree, 29:46

Mercy killing, compassion, 17:27; 18:32,66-7; 27:13,51;

28:17,21; 29:46,48; 31:5,22-3,30-2; 32:59

Second degree, only charge possible, solution, 20:8,11-4;

29:42,46; 31:23

Third-degree, proposals, 18:134-5; 29:47-54

New section or separate act, need, 20:11,13,15,45-6

Proscribing, continuing, recommendation, 16:11; 20:84-94;  
32:58

Right to refuse or withdraw treatment, 8:8; 19:36,38-9,47; 20:

37-8,42,44-6; 25:9; 27:20; 33R:1

Guidelines, proposal, 27:35-7; 29:50

Suggested Procedural Guidelines, 33R:A-49-58

Role, life, 14:23; 31:16-7,28-9; 32:58

Equal treatment to all Canadians, 31:30

Suicide, decriminalization, abrogation, 7:26; 24:27; 32:57-9;  
33R:A-27

Trial by jury or trial before a judge alone, 20:13,15

**Crowe, Kenneth**

Articles, *Canadian Medical Association Journal*, 1991,  
quotations, 7:7-8

**Crown Attorney's Office**

See

Ontario - Euthanasia

**Cruzan, case**

See under

Euthanasia - Legal decisions

**CUC**

See

Canadian Unitarian Council

**Cumming, Ina, Nova Scotia Palliative Care Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:29-30,37,39-42

**Council of Christian Reformed Churches in Canada**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Council on Aging**

Voir

Conseil sur le vieillissement

**Coupal, Monique, Fédération québécoise des Centres**

d'hébergement et des soins de longue durée

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:38-51; 33R:31-2,86,  
A-98

**Coupal, Shirley, British Columbia Hospice/Palliative Care Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:36-8,43-4,47-9,52;  
33R:A-98

**Cour supérieure du Québec**

*Niemic*, affaire, 33R:39

Références, 33R:1,40-1

**Cour suprême de la Colombie-britannique**

Chronologie, 33R:A-31

**Cour suprême de la Nouvelle-Écosse**

*Sa Majesté la Reine contre Cheryl Mae Myers et Michael William Power*, 33R:A-78-80

**Cour suprême du Canada**

Décisions, interprétations, euthanasie et aide au suicide, 18:118,  
131; 19:44-5,53; 21:53,63-4; 22:52-3; 24:28,31; 25:28,33;  
27:26-7,47,50-1; 29:35-6; 31:15,22; 32:32,35; 33R:4,29,  
40-1,54-5

Code criminel, art. 241, 25:41-2; 26:7; 32:30; 33R:1,5,53-4  
Chronologie, 33R:A-31

Voir aussi

Euthanasie - Décisions judiciaires

**Coutlée, Pierre, Lasalle, Québec**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Cowley, Abraham, auteur**

Référence, 32:52

**CPMQ**

Voir

Corporation professionnelle des médecins du Québec

**Creighton, Phyllis, Toronto, Canada**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Crellin, Gordon, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:35-43,45-7; 33R:81

**Cressman, Julianne (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:77-8; 33R:A-6

**Crises d'épilepsie**

Référence, 33R:35

**Crowe, Kenneth**

Articles, *Journal de l'Association médicale canadienne*,  
1991, citations, 7:7-8

- Cystic Fibrosis (CF)**  
Diseases, 27:32,38,46
- Dagenais, Robert, Quebec Association of Palliative Care**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 24:5-9,12-9
- Dalhousie University, Health Law Institute**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 20:54-68; 33R:6-8
- Daniels, Sylvia, People in Equal Participation Inc.**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:114
- Davidson, Duffy, Community Hospice Association of Ontario**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 10:5-8,9-15,17-24
- Davis, Ann, Nepean, Ontario**  
Written submission, 33R:A-14
- Davy, Marie Madeleine**  
*Un itinéraire*, quotation, 6:34
- De Heer, Elly, General practitioner, Rotterdam, Netherlands**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 21:39,59,66,68,72;  
33R:A-11,A-123
- De Hennezel, Marie, psychiatrist**  
Myth of a good death, views, 6:19-20
- De la destruction de la vie vide de sens**  
Physicians, german, impact, 17:94
- De la Roche, case**  
*See under*  
Euthanasia - Legal decisions
- Death**  
Attitude, perception towards, 20:23,86; 32:18; 33R:5-6  
Education, 16:51-2; 33R:24  
Fear, 24:16; 28:9; 32:31,54; 33R:1  
Public, 26:19  
Causes, 9:42  
Classes, 16:66  
Committee, Suggested Procedural Guidelines, report,  
33R:A-49-58  
*Death without fear*, 10:24  
Definitions, 29:28; 32:50-1; 33R:1,11-3  
Dignity, 4:13; 9:17-8; 20:68; 23:39-40; 29:29; 30:18; 32:7-9,  
41,54-5,62-3  
"Dying mid-wives", 19:46  
Dying with Dignity, guidelines, cases, 7:31-3,43-5; 27:37  
Examples, 9:20-2; 17:44; 18:133; 20:75-6; 32:18,51-2  
"Humane way", 4:46-7  
Loss, 14:152  
Team decision to withdraw treatment, 23:41-2  
Dying process, overview, 23:38-40; 24:20-5; 26:16,21-2;  
29:20-1; 31:9-11  
Aggressive therapy, unduly prolonged treatment, futile  
technology, 15:90-1; 17:79,116; 18:21,26-7,35-6,81,109,  
116-7; 20:23,50-1,68; 27:40-1; 32:29-30,39-40,54-5;  
33R:5,41-3,45  
Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment,  
28:12-3; 32:14; 33R:1,14,37-46  
Team decision, guidelines, proposal, 23:41-2; 27:35-7;  
29:50; 32:42
- Cruzan, affaire**  
*Voir sous*  
Euthanasie - Décisions judiciaires
- CUC**  
*Voir*  
Conseil unitarien du Canada
- Cumming, Ina, Association des soins palliatifs de la Nouvelle-Écosse**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:29-30,37,39-42
- Dagenais, Robert, Association québécoise des soins palliatifs**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 24:5-9,12-9
- Dalhousie University, Health Law Institute**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:54-68; 33R:6-8
- Daniels, Sylvia, People in Equal Participation Inc.**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:114
- Davidson, Duffy, Community Hospice Association of Ontario**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 10:5-8,9-15,17-24
- Davis, Ann, Nepean, Ontario**  
Mémoire présenté, 33R:A-14
- Davy, Marie Madeleine**  
*Un itinéraire*, citation, 6:34
- De Hennezel, Marie, psychiatre**  
Mythe de la bonne mort, opinion, 6:19-20
- De Heer, Elly, médecin, Rotterdam, Pays-Bas**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:39,59,66,68,72;  
33R:A-12,A-125
- De la destruction de la vie vide de sens**  
Médecins allemands, impact, 17:94
- De la Roche, affaire**  
*Voir sous*  
Euthanasie - Décisions judiciaires
- De la vie et de la mort**  
Euthanasie et suicide assisté, Comité sénatorial spécial, rapport  
final  
Aide au suicide, 33R:53-76  
Annexes  
A - Témoins entendus aux audiences publiques, 33R:A-1-12  
B - Mémoires présentées, 33R:A-13-7  
C - Documentation fournie au Comité, 33R:A-19-25  
D - Chronologie des faits marquants survenus au Canada,  
33R:A-27-32  
E - Mesures législatives déjà présentées au Parlement,  
33R:A-33-4  
F - Articles pertinents du Code criminel et du Code civil du  
Québec, 33R:A-35-42  
G - Modifications législatives: quelques propositions,  
33R:A-43-8  
H - Modalités suggérées, 33R:A-49-59  
I - Lignes directrices de la Colombie-Britannique,  
33R:A-60-4

**Death—Cont'd****Dying process, overview—Cont'd**

- Debilitating and demoralizing symptoms, 15:86-7,148-9
- Dying patients, options, 17:17,86,70-1; 31:7-8; 32:41-2; 33R:7-8
- Natural or artificial, terms, differences, 22:50; 28:13; 30:23; 32:14; 33R:1,11-5,37
- Natural process, 26:19; 27:34-5; 32:18
- Interference, 18:62; 20:23-4; 27:40-1
- Research, need, 17:12,17; 22:28; 26:22-3; 29:7-9
- Scientific knowledge, 1:45-6; 4:19-21; 5:11-2; 6:44
- Families and friends, support, effects, 4:13; 15:62-4,104-5, 140-2; 16:81; 25:44-5; 27:43-4; 32:56,59
- Bereavement follow-up program, mourning period, 27:43
- Mourning, guilt, differences, comparison, 32:33-4
- Hospitals or at home, 9:40; 20:10-1; 33R:6-7,23
- Medical profession, counselling, 7:22-3,32-3; 32:41; 33R:5-6
- Attitudes, 9:43
- Guidelines, 7:42-4
- Physicians refuse to talk, 16:79
- "Medicalization", concerns, 2:42-3; 32:50-1
- Religions, 27:44
- Right to death, illusion, mirages, 29:27-8; 32:57-8
- Boundaries, killing, taboo, 29:38-40; 31:7
- Choice, 31:7-8; 33R:1
- Desire to die, 24:17-9; 31:18
- Society, 20:75-6; 28:23; 33R:1-2
- Acceptance, 17:51,77-8; 28:36; 29:38-40
- Democracy, freedom to chose, 20:69; 29:26-7
- Evolution, history, impact, 29:19-20,30-1; 31:6; 32:23; 33R:7-8,12
- Supply, 23:26
- See also under*
- AIDS
- Euthanasia

**Death penalty**

- See under*
- Criminal Code

**Deciding to Die**

- Jamieson, Stephen, reference, 25:39

**Democracy**

- See*
- Society

**Department of Health**

- See*
- Health Department

**Department of Justice**

- See under*
- Rock, Hon. Allan, Minister of Justice

**Departing Drugs**

- Reference, 25:37

**Depression**

- Assisted suicide, effects, 8:53; 17:15; 23:40-1; 27:53; 29:21
- Psychiatric assessment, 15:52; 18:24
- Depressions, severe mental, options, 15:34-8,139; 27:49,53; 28:8,20; 29:22; 32:59
- Mentally ill people, needs, despair, 15:82-3; 16:77-8; 17:15-6

**De la vie et de la mort—Suite**

Euthanasie et suicide assisté, Comité sénatorial spécial, rapport final—*Suite*

**Annexes—Suite**

- J - Dispositions législatives concernant les directives préalables au Canada, 33R:A-65-6
- K - Sources de modèles de directives, 33R:A-67-8
- L - Résumés de quelques décisions de tribunaux canadiens, 33R:A-69-84
- M - Les soins palliatifs au Canada, 33R:17,A-85-112
- N - Rapports récents d'autorités étrangères, 33R:A-113-16
- O - Décisions médicales concernant la mort aux Pays-Bas, 33R:A-117-52
- P - L'aide au suicide et l'euthanasie dans d'autres pays, 33R:A-153-78
- Conclusion, 33R:93
- Directives préalables, 33R:49-52
- Douleur et la sédation, traitement, 33R:27-38
- Euthanasie, 33R:77-92
- Introduction, 33R:1-2
- Membres, 33R:iv
- Ordres de renvoi, 33R:v-vi
- Page titre, 33R:i
- Recommandations, 33R:ix-xi,25,34,38,48,52,76,91-2
- Remerciements, 33R:vii-viii
- Soins palliatifs, 33R:17-25,A-85-112
- Table des matières, 33R:iii
- Terminologie, 33R:11-6
- Traitement de survie, abstention et interruption, 33R:39-48
- Vue d'ensemble, 33R:3-9

**Décadron**

- Voir sous*
- Drogues et produits pharmaceutiques

**Décès**

- Voir*
- Mort

**Deciding to Die**

- Jamieson, Stephen, référence, 25:39

**Décisions judiciaires**

- Comité, rapport, 33R:A-24,A-69-84
- Voir aussi*
- Aide au suicide - Décisions judiciaires
- Cour suprême du Canada
- Euthanasie - Décisions judiciaires

**Déclaration (La) conjointe sur la réanimation**

- Association médicale canadienne, Association catholique canadienne de la santé et Association des hôpitaux du Canada, 25:5-7,10

**Déclaration universelle des droits de l'homme**

- Discrimination, interdiction, 15:7-8
- Être humain, caractéristiques fondamentales, article 1, 15:7
- Principe d'égalité des êtres humains, article 2, 15:7
- Valeurs humaines, protection, principe fondamental, 15:7
- Vie humaine, inviolable et inaliénable, article 3, 15:8,113

**Démocratie**

- Voir*
- Société



**Depression—Cont'd**

Suicide, relationship, 8:61-2; 24:27-8; 27:14; 31:121

*See also*

Suicide

Terminally ill persons

**Derksen, Jim, Council of Canadians With Disabilities**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:93-4,99-101,103-4, 106-8

**Déry, Luc, Montreal, Quebec**

Written submission, 33R:A-14

**Desclos, Jean, Ethics Committee, Université de Sherbrooke**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:19,25-7,31-2,36-8

**Desilets, Anna, Alliance for Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:86-7,96

**DESMARAIS, Hon. Jean Noël, Senator**

Euthanasia and assisted suicide, study

Advance directives, definition, 23:25

Criminal Code, enforcement, 32:69

Diseases, symptoms, effects, 22:36

Euthanasia, 22:21

Assisted suicide

Definitions, differences, 16:57,59; 25:47-8

Legalization, proposals, tribunals, 27:55-6

Rodriguez, Sue, case, depression, 24:27-8

Netherlands, 21:56-7

Physicians, participation, choice, 16:18

Position, 16:20; 19:48-9

Statistics, 20:66

Palliative care, 4:11-2; 15:149; 23:17; 24:26

Access, 19:16; 23:14; 25:24

AIDS patients, 22:35

Euthanasia, difference, 3:17

Pain control, effectiveness, 3:23; 17:56; 22:35

Overmedication, 16:34

Sedation, 27:19

Physicians, qualifications, 15:143

Education, training, 16:18-9; 22:34-5; 23:14-5,39

Financing, 25:24

Programs, standards for evaluation, 17:55-6

Guidelines, 25:25

Other countries, comparison, 26:15-6

Terminally ill persons, 25:47

Futile treatment, 20:66-7

Study, participation, 17:19

**DEWARE, Hon. Mabel Margaret, Senator (Acting Chairman, Issue No. 24)**

Euthanasia and assisted suicide, study

Advance directives, 4:48-9; 20:42-3; 22:55-6; 23:12-3;

24:32; 25:20-1; 28:12

Death, natural, 28:13

Depression, 31:121

Disabled and handicapped people, 23:47

Euthanasia and assisted suicide

Abortion, 31:12

Abuses, concerns, 6:42; 30:25

Assisted suicide, proposals

Tribunals, 27:62

Youth, misconception, 30:24

**Déontologie, Code**

*Voir*

Éthique

**Departing Drugs**

Référence, 25:37

**Dépression**

Aide au suicide, effets, 8:53; 17:14-5; 23:40-1; 27:53; 29:21

Évaluation psychiatrique, 15:52; 18:24

Dépansions mentales profondes, options, 15:35-6,139; 27:49, 53; 28:8,20; 29:22; 32:59

Malades mentaux, besoins, désespoir, 15:82-3; 16:77-8; 17:15-6

Suicide, relation, 1:52; 8:61-2; 24:27-8; 27:14

*Voir aussi*

Personnes en phase terminale

Suicide

**Derksen, Jim, Coalition des organisations provinciales,**

ombudsman des handicapés; Conseil des Canadiens avec déficiences

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:93-4,99-101,103-4, 106-8

**Déry, Luc, Montréal, Québec**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Desclos, Jean, Comité d'éthique, Université de Sherbrooke**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:19,25-7,31-2,36-8

**Desilets, Anna, Alliance pour la vie**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:86-7,96

**DESMARAIS, honorable Jean Noël, sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Code criminel, application, 32:69

Directives préalables, définition, 23:25

Euthanasie, 22:21

Aide au suicide

Définitions, différences, 16:57,59; 25:47-8

Légalisation, propositions, tribunaux, 27:55-6

Rodriguez, Sue, cas, dépression, 24:27-8

Médecins, participation, choix, 16:18

Pays-Bas, 21:56-7

Position, 16:20; 19:48-9

Statistiques, 20:66

Maladies, symptômes, effets, 22:36

Personnes en phase terminale, 25:47

Étude, participation, 17:19

Traitement inutile, 20:66-7

Soins palliatifs, 4:11-2; 15:149; 23:16; 24:26

Accès, 19:16; 23:14; 25:24

Provinces, 23:38-9; 24:29

Statistiques, 24:28

Sidéens, 22:35

Douleur, contrôle, efficacité, 3:23; 17:56; 22:35

Sédation, 27:19

Surconsommation, 16:34

Euthanasie, différence, 3:17

Médecins, compétence, critères, 15:143

Éducation, formation, 16:18-9; 22:34-5; 23:14-5,39

Financement, 25:24

**DEWARE, Hon. Mabel Margaret, Senator (Acting Chairman, Issue No. 24)—Cont'd**

Euthanasia and assisted suicide, study—*Cont'd*

Euthanasia and assisted suicide—*Cont'd*

Clandestine, 12:15

Guidelines, 12:33-4

Legal decisions

*Latimer, Tracy*, 28:32-3

*Rodriguez, Sue*, dissenting judgement, 12:16-7

Judgment, 27:26-7

Lamer, Right Hon. Antonio, 19:45,53; 22:52-3

Moral issue, 11:30

Netherlands, 21:21-2,62-3

Opinions, 1:53; 12:38; 10:38-9; 20:17

Opposition, 30:24-5

Pain control, difference, 6:20-2

Public attitudes, changes, 1:44-5; 6:41

Seniors, concerns, 10:38; 22:38-9; 30:25

Statistics, 10:38

Law Reform Commission, recommendations, 1:44

Medical profession

Decision-making process, ethical team, 24:33

Education, 23:12

Pharmacist, role, 23:26

Pain control, 12:17,59-60; 20:65-6

Research, funding, 28:32

Palliative care, hospice care, 6:72; 7:18-9; 10:15-7; 12:60; 31:12-3

Availability, 28:33

Costs, patients, health care system, medications, problems, 23:38; 30:25

Education, training, 22:39; 25:24

Extra-mural programs, 4:21-2

New Brunswick, 20:52-3; 23:13-4,38; 28:32

Home care services, 20:66

Dying at home, 24:19

Research, 30:24

Reproductive technology, 23:47

Terminally ill patients

Medical treatment, withholding or withdrawing, 19:14-5; 28:12

Rights, 5:16; 7:18; 12:14-5; 31:7-8

Support services, 30:25

Organization meeting, 1:7,12,18-9,21,23-4

Procedure, 24:4,19

Motion, 22:4

**Dickens, Bernard M., Faculty of Law, University of Toronto**

Biographical notes, 10:25

Euthanasia and assisted suicide, study, 10:26-44; 33R:77,A-43

References, 25:44; 29:46-7,52

**Dickey, James, St. Andrew's Presbyterian Church**

Biographical notes, 8:54-5

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:56-63; 33R:29,82

**Dickinson, Emily, author**

Reference, 31:28

**Dillmann, Robert J.M., Secretary of Medical Affairs, Royal Dutch Medical Association, Netherlands**

*British Medical Journal*, "Euthanasia in the Netherlands", Gerrit Van der Wal, 21:69; 33R:A-23

**DESMARAIS, honorable Jean Noël, sénateur—Suite**

Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*

Soins palliatifs—*Suite*

Programmes, normes d'évaluation, 17:55-6

Autres pays, comparaison, 26:15-6

Lignes directrices, 25:25

**Deuil**

Comparaison, différences, culpabilité, 32:33-4

**DEWARE, honorable Mabel Margaret, sénateur (présidente suppléante, fascicule 24)**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Commission de réforme du droit, recommandations, 1:44

Décès, mort naturelle, 28:13

Dépression, 31:12

Directives préalables, 4:48-9; 20:42-3; 22:55-6; 23:12-3; 24:32; 25:20-1; 28:12

Douleur, contrôle, 12:17,59-60; 20:65-6

Recherche, financement, 28:32

Euthanasie et aide au suicide

Abus, inquiétudes, 6:42

Affaires

*Latimer, Tracy*, 28:32-3

*Rodriguez, Sue*, jugement dissident, 12:16-7

Aide au suicide, proposition

Jeunes, idées fausses, 30:24

Tribunaux, 27:62

Avortement, 31:12

Clandestine, 12:15

Contrôle de la douleur, différence, 6:20-2

Éthique, question, 11:30

Lignes directrices, 12:33-4

Opinion publique, changements, 1:44-5; 6:41

Opposition, 30:24-5

Pays-Bas, 21:21-2,62-3

Personnes âgées, inquiétudes, 10:38; 22:38-9; 30:25

Statistiques, 10:38

Opinions, 1:53; 10:38-9; 12:38; 20:17

Personnes en phase terminale

Droits, 5:16; 7:18; 12:14-5

Soutien, services, 30:25

Traitements médicaux, interruption ou non-administration, 19:14-5; 28:12

Personnes handicapées et invalides, 23:47

Professions médicales

Éducation, 23:12

Pharmacien, rôle, 23:26

Prise de décision, comité d'éthique, 24:33

Soins palliatifs, 6:72; 7:18-9; 10:15-7; 12:60; 31:12-3

Accès, 28:33

Coûts, patients, régime du système de santé, médicaments, problèmes, 23:38; 30:25

Éducation, formation, 22:39; 25:24

Programmes d'hôpitaux extra-muros, 4:21-2

Nouveau-Brunswick, 20:52-3; 23:13-4,38; 28:32

Recherches, 30:24

Soins à domicile, services, 20:66

Mourir à la maison, 24:19

Techniques de reproduction, 23:47

Procédure, 24:4,19

Motion, 22:4

Réunion d'organisation, 1:7,12,18-9,21,23-4



- Dillmann, Robert J.M., Secretary of Medical Affairs, Royal Dutch Medical Association, Netherlands—Cont'd**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 21:15-8,19,22,25,28-9, 56-8,63,66,68-70; 33R:A-12,A-25,A-128-9,A-146
- Dillon, Janice, Vancouver, British Columbia**  
Written submission, 33R:A-14
- Dinsdale, Henry, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 20:34-5,37,41,44
- Dionne, Louis, Maison Michel Sarrazin**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 13:4-26; 33R:56,81, A-95,A-105  
Reference, 28:28
- Disabled and handicapped people**  
Acceptance, positive aspects, 18:99; 27:22-6; 28:33  
Differences, definitions, scope, 16:80; 18:112; 28:17  
Babies, prenatal selecting-out, 18:100-1  
Disabled newborns, medical killing, examples, 15:109-10; 23:48-9; 27:7; 31:14; 33R:4  
Mental handicap, 23:42-50; 31:13-4  
Cerebral palsy, 28:33  
Down's syndrome, effects, 23:48; 28:27  
Eugenics ideology, repercussions, 18:99-100; 27:17; 28:36  
Euthanasia and assisted suicide, 23:48-50  
Access, conditions, 17:101-2; 18:101-2,142,146,149  
Advantages and disadvantages, potential, 18:54  
Alternative, views, 16:149-55; 17:103-5  
Babies, Toronto's Hospital for Sick Children, 18:145  
Decision, right, responsibility, 15:150-1,155,158-9; 18:55, 102-5,113,142,149-50; 27:10-1  
Devalorizing, fear, 16:56; 18:112-3; 28:34-5  
Discrimination, 15:47-51; 29:38  
Doctors, role, responsibilities, 17:102,105-8,111-3,115; 18:55-8,103  
Family and friends, influence, 18:112-3; 31:6  
Hawking, Stephen, example, 18:55  
Legality, 15:150,154-5,158; 16:54  
Lives, needs, problems, hardship, 15:151-5; 17:105-8; 27:28-9  
Mental handicap, 23:44  
Do not resuscitate orders, advance directives, research, 18:137-8,143-4  
Passive euthanasia, problems, 18:137-9  
Representatives, 16:61-2; 18:107-8,137  
Situation, 18:105-8,119  
North America, movement, strength, 18:141  
Parents, attachment to children, morbid obsession, 18:141-2; 31:31-2  
Personal choice, 16:54,56,59-60; 17:109-10,113; 18:102-5, 149-50  
Pressures, direct or indirect, 18:94-6  
Rights, respect, 15:151-4,157-8; 16:54-6; 17:102; 18:94, 102-3,139,141; 19:52-3; 27:5  
Safeguards, guidelines, 16:56,59; 18:101-3,105; 27:11,22; 28:17  
Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58  
Situation, needs, problems, 15:149-58; 16:53-62; 18:54-6; 31:13-4  
Sobsey, Dick, brief, quotation, 18:53-4  
Society, role, responsibilities, 17:101-2; 27:28-9
- Dickens, Bernard M., Faculty of Law, University of Toronto**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 10:25-44; 33R:79,A-43  
Notes biographiques, 10:25  
Références, 25:44; 29:46,52
- Dickey, James, St. Andrew's Presbyterian Church**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:56-63; 33R:31,84,A-10  
Notes biographiques, 8:54-5
- Dickinson, Emily, auteur**  
Référence, 31:28
- Dieu**  
Voir sous  
Personnes en phase terminale - Patients  
Religions - Spiritualité
- Dillmann, Robert J.M., secrétaire des affaires médicales, Association médicale néerlandaise, Pays-Bas**  
*British Medical Journal*, "Euthanasia in the Netherlands", Gerrit Van der Wal, 21:69; 33R:A-23  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:15-8,19,22,25,28-9, 56-8,63,66,68-70; 33R:A-12,A-24,A-130-1,A-149
- Dillon, Janice, Vancouver, Colombie-Britannique**  
Mémoire présenté, 33R:A-14
- Dinsdale, Henry, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:34-5,37,41,44
- Dionne, Louis, Maison Michel Sarrazin**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 13:4-26; 33R:58,83,A-95, A-106  
Référence, 28:28
- Directives préalables**  
Comité, rapport  
Bibliographie, 33R:A-19-25  
Chronologie, 33R:A-29-31  
Définitions, 33R:15,49  
Délibérations, 33R:52  
État du droit, 33R:49-50  
Recommandations, 33R:ix-xi,52  
Témoins, opinions, 33R:50-2  
Voir aussi  
*De la vie et de la mort*  
Définitions, 17:83-5; 22:55-6; 23:24-5; 25:20-1; 27:13,59; 28:12  
Dispositions, application  
Agent de soins de santé, nomination, 15:30  
Décision finale, responsabilité, 20:42-3  
Pouvoirs, 15:29  
Liberté de choix, 28:11  
Lois, valeur légale, problèmes, 23:20; 25:18; 27:13; 29:41,53  
Testaments biologiques ou de vie, mandat, 1:43-4; 3:12-3; 4:10-1,48-50; 5:10-1; 8:21,25-6,33-4,37-8,51-3; 12:71-5, 81-2; 14:53-4,99-100; 15:29-31; 17:82-5; 22:20; 23:12-3, 25; 24:18,32; 25:18,20-1; 28:9-10; 30:18; 32:43-4,56-7, 60,63,68  
Écrits, oraux, comparaison, 20:78-9,83-4  
Utilisation  
Acceptation, popularité, avantages, outil, 20:42-3,83-4; 22:20; 27:13; 28:26; 30:12



**Disabled and handicapped people—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide—Cont'd**

Support services, needs, 15:154-7; 27:11,22-6

**Families**

Guardianship legislation, 16:53,56

Historical context, 18:141

Support, effects, 17:107; 18:146; 23:47-9; 28:33,36-7; 32:29

Independence, importance, achieving, 18:95,112; 28:34

**Life**

Life in the community, obstacles, rules, 17:105-8,110; 18:55, 59

Quality of life, improvement, possibilities, concepts, 17:101; 18:54,95-6; 27:7-8

Worth, value, 18:97-8,100-1,112-3; 28:36-7; 33R:19

Physicians, nurses, attitude, ignorance and fear, effects, 18:55-6,59,97-8,100,102,138; 23:49

Suicide, problem, prevention programs, 18:140

**See also**

Medical profession - Doctors

Newborns

**Diseases and treatments**

Symptoms, effects, 22:36

**See also under***Individual subjects*

Palliative care - Access

**Divorce**

Historical background, legislative process, 27:54-5

**DNR**

Chronology, 33R:A-27

**See also under**

Disabled and handicapped people - Euthanasia and assisted suicide - Mental handicap

Euthanasia - Do not resuscitate

Palliative care - Do not resuscitate

**Doctors****See under**

Medical profession

**Donne, John, author**

Reference, 27:26

**Douglas, Shari, Ontario Palliative Care Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 4:62,66

**Downing, Michael G.***Journal of Palliative Care*, "Global Exchange", 11:15; 33R:A-20**Down's syndrome**

Euthanasia, concerns, effects, 23:48; 28:27

**Doyle, Derek***Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Geoffrey W.C. Hanks and Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993, 26:16; 30:18; 33R:A-19**Doyle, John, Winnipeg, Manitoba**

Written submission, 33R:A-14

**Directives préalables—Suite****Utilisation—Suite**

Droits, sensibilisation, 19:5,7; 22:55-6; 23:12-3; 27:5; 28:10

Patients incapables, consentement de la famille, 15:30-1; 32:45,60,66-8

Protection de la vie seulement, 33R:43

Recommandations, 15:19-20,25-6; 17:83-5; 18:21; 19:7

**Voir aussi**

Professions médicales

**Divorce**

Historique, processus législatifs, 27:54-5

**Docteurs****Voir sous**

Professions médicales

**Donne, John, auteur**

Référence, 27:26

**Douglas, Shari, Association des soins palliatifs de l'Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:62,66

**Douleur et sédation, traitement**

Aperçu général, 3:23-4; 4:16,40; 6:57; 7:11-2,15; 8:11; 9:15,22-3; 10:17-8; 12:17,59-60; 13:6; 14:30,152; 16:38, 40-42,44; 20:65-6,74-5; 23:38; 24:10; 27:17; 31:11-2; 32:69

**Comité, rapport**

Bibliographie, 33R:A-19-25

Définitions, 33R:15,27-8,35

Délégations, 33R:33-4,37-8

État du droit, 33R:28-30,35

Opinions des témoins, 33R:30-3,36-7

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,34,38

**Voir aussi***De la vie et de la mort*

Définitions, 17:34-5; 27:13; 29:12

Douleur non contrôlée, niveau excessif, modéré, sévère, chiffres, petit pourcentage, 26:9; 29:23; 32:60-1

**Voir aussi plus bas**

Pratiques

Souffrance

Éthique, distinction entre tuer un patient et tuer la douleur, 22:8; 31:25; 32:13,60-1

Médicaments, effets, 9:16; 26:9

Analgésiques, 20:74, 23:26-7; 27:20; 33R:32

Antidépresseurs, 23:40-1

Barbituriques, 22:33; 27:19-20; 33R:35

Chlorure de potassium, 27:36

Comité d'assurance de la qualité, 15:129-30

Double effet, principe, conditions, 15:103-4; 18:72; 19:42; 20:57; 22:11-2; 24:11-2; 27:9-10,17,19-20; 32:61-2

Effets secondaires, 15:90-1; 17:45,47; 18:72,133,144; 20:61-2,65-8; 26:13

Efficacité, 3:23; 17:56; 22:35; 23:26-7; 24:7; 26:9; 27:45-6

Réseau, consultation, experts, 24:14

Inconscience, 24:12-3

Infirmières, administration des analgésiques, convictions, 15:128-9,133

Morphine, 22:7,33; 23:37-8; 24:9,11-2; 26:13; 27:36-7; 31:12,25; 32:15,18,28,34,49-50,62; 33R:30-1

**Drugs and pharmaceutical products**

- Administering, 32:46
  - Analgesics, protocols for the administration, monitoring, 17:20-1
  - Quality assurance committee, 15:129-30
- Barbiturates, effects, 22:33; 27:19-20; 32:19; 33R:33
- Decadron, brain tumour, effects, 30:16-7
- Heroin
  - Availability, 3:25; 10:22
  - Legalization, involvement, 10:22
  - Netherlands, 30:11
  - Use, Kenneth Walker, views, 11:15-6
- Hydromorphone, 11:15-6
- Hypnotic, 32:19
- Morphine, 32:16,18,28,49-50,62; 33R:27,29
  - Netherlands, 2:40; 17:47,90-1; 18:91; 26:13
  - Overdose, usage, effects, 22:7,11,32-3; 26:13,36-7; 27:36; 31:25
- Nurses, role, 23:22-3; 26:25-6
  - Sedation, administering, 15:128; 19:13
- Opioides, 33R:30
- Pharmacists, role, 23:19-29; 27:15; 32:22
- Phenobarbital, 32:19
- Potassium chloride, 27:36
- Research, pharmaceutical products, industry, 23:26-7
  - See also under*
    - Palliative care - Research
- Scopolamine, 32:16
- Sedatives, 32:19
  - See also*
    - Pain control, treatment - Medications
    - Terminally ill persons - Analgesics
    - Terminally ill persons - Depression - Antidepressants

**Ducharme, Theresa, People in Equal Participation Inc.**

- Biographical notes, 17:103,106-11,113-4
- Euthanasia and assisted suicide, study, 17:101-15

**Dudgeon, Deborah, Manitoba Hospice Foundation**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 17:52-6; 33R:A-91, A-102

**Dueck, Lorna, National Coalition of Concerned Mothers**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 17:71-5,77-9,83-5

**DuMoulin, Anne, British Columbia Association of Social Workers**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 14:93,99-102,104-9

**Dunn, R.W. (Personal presentation)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:147-9; 33R:A-6

**Dunnville and Area Right to Life**

- Written submission, 33R:A-14

**Dunsmuir, Mollie, Library of Parliament**

- Organization meeting, 1:15-8

**Dutch Medical Association**

- See*
  - Royal Dutch Medical Association

**Dutch Nurses Association**

- Reference, 21:23

**Douleur et sédation, traitement—Suite****Médicaments, effets—Suite**

- Narcotiques, utilisation, mythes, 17:76,85-6; 18:68,72-3,124, 132-3; 19:13-4
- Dépendance, inquiétudes, 27:46; 32:39
- Voir aussi*
  - Héroïne
  - Morphine
- Négligence, 18:67-8
- Posologie, augmentation, définitions, 19:17; 20:51
- Protocoles d'administration, contrôles, 17:20-1,76,85-6; 18:81,124
- Psychotropiques, antidépresseurs, 20:74; 29:35
- Sédation, effets, inconscience, 13:10,11,15-6; 22:32; 23:27; 24:7,9,11-3; 26:13; 27:9,19-20; 29:35; 32:15,18-9
- Médecins et infirmières, inquiétudes, 19:13-4,18
- Solution, 18:30
- Sous-utilisation et administration inappropriée, conséquences, 15:64,128-30,133; 17:86; 18:109,124; 27:45-6; 28:22-3; 32:50; 33R:27
- Surdoses, explication, effets, 14:37,38-9; 15:145-6; 16:34, 73-4; 20:51; 22:7; 33R:27
- Voir aussi*
  - Drogues et produits pharmaceutiques
- Pratiques, méthodes, effets, 17:44,80; 18:67-8,72-3; 20:74; 22:33; 33R:21
- Anesthésie, 28:28
- Connaissances, importance, 23:34-5
- Sédation totale, "faire dormir", perte de conscience, 13:10,11,15; 22:32; 23:27; 24:7,9,11-3; 26:13; 27:9, 19-20
- Solution, 18:30
- Traitement adéquat, suffisamment tôt, 28:27
- Traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie, difficultés, 23:26-9; 27:45-6; 28:18; 31:25
- Profession médicale, médecins, infirmiers et infirmières
- Attitude, inquiétudes, 8:10-1; 15:128,145-6; 18:74-5, 132-3; 19:5-7,13-4,18,36,38-9; 32:10-1,50-1,61-2; 33R:32
- Mort, 33R:5-6
- Paternalisme, 33R:7-8
- Dépendance, craintes, 12:61-2; 17:76; 19:18; 27:46; 32:39; 33R:27
- Éducation, formation, 22:10
  - Connaissance, manque, 8:44; 10:6; 11:26; 16:39; 17:6,20, 43-4,47; 18:42; 19:18; 22:9,13; 23:27; 27:45-6; 28:21; 32:16,40-1,50-1,56,60-1; 33R:27,32-3
- Réseau, consultation, experts, 24:14
- Équipes de soins, 19:10-1; 28:18
- Rôle, 24:10-2
- Travail en duo, système, 16:39
- Recherche, 23:37; 29:6-9,35
  - Avancement, coût, efficacité, 22:37-8
  - Études, efficacité, 23:37; 28:19
    - Connaissances, expérience, 17:42-4,77; 23:34-5
    - Gestion, douleur, plus tôt, effets, 22:30
    - Résultats, 17:45-7,56,83; 18:42,72-3,109,133; 19:5,17; 22:31
    - Statistiques, 26:9; 28:6,8,27
  - Financement, besoin, 18:69,111; 19:13-4; 20:40-21; 22:32, 37; 28:23,32
  - Produits pharmaceutiques, industrie, 23:26-7
  - Science médicale, capacité, progrès, 16:67,90; 16:21-2; 17:43; 19:19; 20:55-6; 31:6; 32:54
- Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,34,38



**Dutch Pediatric Association**

Reference, 21:18

**Dutch Physicians' League**

References, 21:25; 33R:A-118

**Dutch Reform Church***See*

Calvinist and Reformist Church of Holland

**Dworkin, Ronald***Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, quotation, references, 6:80; 12:11,16**Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia**Van Bommel, Harry, Toronto: NC Press, 1992, 4:53,64;  
33R:A-20**Dying with Dignity**

Background information, 16:78-9

Euthanasia and assisted suicide, study, 7:20-45; 33R:65-6,A-6,  
A-52-3

Reference, 28:20

**Echlin, Jean, National Coalition of Concerned Mothers**

Biographical notes, 17:72

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:73,75-80,82-3,85-6

**Eckgren, Betty, Victoria, British Columbia**

Written submission, 33R:A-14

**Eckstein, Cheryl, Compassionate Healthcare Network Association**

Biographical notes, 15:113-4

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:108-12,115-18

**Economist***Euthanasia*, September 17, 1997, 30:8**Edge (The) of Being**

Reference, film, 22:27

**Edmonton, Alberta***See under*

Alberta

**Education**

Constitution, powers, effects, 22:33

Euthanasia and assisted suicide, medical professions, palliative  
care, standards, 25:23; 28:23; 29:11-2; 32:41,50-1,56,60;  
33R:2,19-21,30,A-96

Committee recommendations, 33R:ix-xi

Geriatric, 22:38

Other countries, 22:22

Population, 28:23-4

Teaching centre, 13:22

*See also*

Euthanasia - Legalization - Medical profession

Medical profession - Doctors - Education, training

Palliative care - Education, training

**Egan, Tim, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:19-20,28

**Douleur et sédation, traitement—Suite**

Sidéens, 5:34; 16:25-8; 17:59; 27:37-8; 32:11-3,18-9

Soins à domicile, services, traitements, avancement, 22:38;  
32:56; 33R:6-7Souffrances, patients, individualité, distinction avec qualité de  
vie, 12:80; 23:26-9,37; 27:7-8,13-4,33-4; 32:50-1,  
55,60

Différences, 23:28; 27:13-4

Douleur, perception, inquiétudes, effets, 22:9; 27:47,52;  
28:18-9,28-9; 31:11-2; 32:60-1

Priorité, 32:39-42

Statistiques, 28:27; 31:11

Valeur, sens, 13:9; 29:22-5; 32:10-1; 33R:19

*Voir aussi plus haut*

Définitions

Pratiques

*Voir aussi*

Pays-Bas

Soins palliatifs

**Douleurs cancéreuses: une monographie sur la conduite à tenir  
vis-à-vis des douleurs cancéreuses**Comité consultatif d'experts pour le traitement des algies  
chroniques intenses chez les cancéreux, John F. Scott,  
rapport, 1984, 22:28**Downing, Michael G.***Journal of Palliative Care*, "Global Exchange", 11:15; 33R:A-20**Doyle, Derek***Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Geoffrey W.C. Hanks et  
Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993, 26:16; 30:18;  
33R:A-19**Doyle, John, Winnipeg, Manitoba**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Drogues et produits pharmaceutiques**

Approvisionnement, 23:26

Barbituriques, effets, 22:33; 27:19-20; 32:19; 33R:35

Chlorure de potassium, 27:36

Décadron, tumeur du cerveau, effets, 30:16-7

Héroïne

Disponibilité, 3:25; 10:22

Légalisation, implication, 10:22;

Utilisation, Dr. Kenneth Walker, position, 11:15-6

Hydromorphine, 11:15-6

Hypnotiques, 32:19

Infirmières et infirmiers, rôle, 23:22-3; 26:25-6

Sédatifs, 15:128; 19:13; 32:19

Médicaments, administration, comité d'assurance de la qualité,  
15:129-30

Morphine, 32:15,18,28,49-50,62; 33R:30-1

Pays-Bas, 2:40; 17:47,90-1; 18:91; 26:13

Surdosage, utilisation, effets, 2:40; 22:7,11,32-3; 26:13,36-7;  
27:36; 31:25

Opioides, 33R:30

Pharmaciens, rôle, 23:19-29; 27:15; 32:22

Phénobarbital, 32:19

Recherche, produits pharmaceutiques, industrie, 23:26-7

*Voir aussi sous*

Soins palliatifs - Recherche

Scopolamine, 32:16



**Elderly persons***See*

Seniors

**Elgie, Robert, Health Law Institute, Dalhousie University**

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:54-68; 33R:6-8

**Elias, Tym, Conference of Mennonites of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:113-5

**Emson, H.E., Saskatoon, Saskatchewan**

Written submission, 33R:A-14

**Ending the Journey**

Evangelical Fellowship of Canada, video, 15:58

**England***See*

United Kingdom

**Englefield, Elly, Catholic Health Association of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:144-6; 33R:A-14

**Epileptic seizures**

Reference, 33R:33

**Ethics**

Advance directives, 28:11; 29:53; 32:43-4,56-7,60,63;

33R:15,45,47-50

Bioethicists, 20:31

Code of ethics, 18:40; 20:74;

Comments, 1:25-56; 5:28; 6:4-27,57-72; 18:120-30,132-6;

27:6; 29:19-40; 33R:5,8,12,28,30,39,44,49,59-60,63,66,

69,83,A-7-8,A-11,A-25

Committee recommendations, 18:32; 32:43-4; 33R:ix-xi,50

Debates, 20:31,36-7; 32:7-10

Definitions, 29:26; 33R:11-3

Hospitals, institutions, ethics committees, proposals, 20:89;

22:19

Fundamental guiding principles, recognition, 19:35-6

Moral conscience, philosophy, 20:90; 29:31; 32:43-4

Problems, structures, policy advisory group, conclusions,

19:32,35,37,51

Team work, 23:41-2

*See also below*

Medical profession - Decision-making process

Kidney, dialysis, candidates, ethics, 14:151

Medical profession, principles, effects, 16:6-7,21-3;

18:32; 19:6,10; 20:76-7

Biomedical, teaching, 20:36-7,46

Considerations, 16:6-7,21-3; 18:32

Decision-making process, ethical team, 24:33; 28:18

Difficulties, 1:40-1; 4:63-4; 15:88; 17:111-3; 18:55-6; 23:7;

27:9

*See also above*

Hospitals

Family physicians, 23:9-10; 32:7-10

Guidelines, lack of ethical or legal, 18:82-4; 20:13,56; 32:7-10

View, 7:10; 8:39-40; 10:40; 15:88,95; 20:69; 32:42,50-1

Health care workers, 32:47

Legalization, concerns, proposals, 2:9-11,30; 5:39; 6:25-6,31;

11:30-1; 12:78; 15:9-10,66-7; 17:73-4; 20:21-2; 32:7-9,

21-2,41,84-5,87-9

**Drogues et produits pharmaceutiques—Suite***Voir aussi*

Douleurs, contrôle, traitement - Médicaments

Personnes en phase terminale - Analgésiques

Personnes en phase terminale - Dépression - Antidépresseurs

**Droit criminel**

Rôle, 14:23

**Droits de la personne***Voir sous*

Droits et libertés

**Droits et libertés**

Âme, libre arbitre, rôle, 15:136-9

Autodétermination, 15:101; 16:26-7

Assimilation à l'autodestruction, effets, 15:55-6,105; 28:13

Définitions, limites, frontières, effets, 29:26-7; 31:7

Directives préalables, 28:11

Droits ou libertés

De commettre un suicide, 7:25-7; 8:49-50,72; 14:132-4;

15:53-5,70-2; 28:36

De mourir, 6:17; 15:53-5; 17:103-4; 18:20

De refuser ou d'interrompre un traitement, 14:150-1; 15:101;

17:103-4,116-8; 18:21-2,37,116-8,131-2; 19:22,42; 32:14

Futile, 25:7

Individuels ou collectifs, bien commun, comparaison, 18:85;

27:53-4,60; 28:6-8,13-4; 29:26-7,38; 32:6-9,41,57-8; 33R:1

Légalité, différences, 9:6-7; 15:106-8; 17:38-9; 18:76-8;

22:51-3; 33R:1

Législation, besoin de clarifier, 20:37-8,45-6,60-1; 25:6

*Voir aussi*

Charte canadienne des droits et libertés

Constitution

Société

**Ducharme, Theresa, People in Equal Participation Inc.**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:101-15

Notes biographiques, 17:103,106-11,113-4

**Dudgeon, Deborah, Manitoba Hospice Foundation**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:52-6; 33R:A-91,A-103

**Dueck, Lorna, National Coalition of Concerned Mothers**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:71-5,77-9,83-5

**DuMoulin, Anne, British Columbia Association of Social Workers**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:93,99-102,104-9

**Dunn, R.W. (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:147-9; 33R:A-6

**Dunnville and Area Right to Life**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Dunsmuir, Mollie, Bibliothèque du Parlement**

Réunion d'organisation, 1:15-8

**Dworkin, Ronald***Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, citation, références, 8:60; 12:11,16

**Ethics—Cont'd****Medical profession, principles, effects—Cont'd**

Netherlands, moral evaluation, comparison, 21:12-4,18,35,41, 43-4; 29:29-30; 31:22

Obligations, justification, 11:29-30; 15:43-4; 16:22-3; 17:102,105; 18:85-6

Transplant, medical reality, 27:5-11; 32:54

**Morality, society, philosophy**

Acceptance, 15:9,98; 16:6-7,79-80; 17:120; 18:28,99,116

Awareness, 15:34-5,119; 20:89-93; 27:5-11,14,22-6; 29:31, 39; 32:7-10,43-4; 33R:11-3

Basic values, protection, 20:92; 22:52; 24:30-1; 25:12; 27:27; 29:33-4; 32:23

Conflict, conscience, 19:37,46-7; 20:25,56,74,76-7,89-90, 92-3; 25:29; 27:5-11,14,22-6; 28:9,13,31,37-8; 29:31; 32:7-10,50-1; 33R:11-3

Costs, 15:113,115

Issues, fundamental principles, maintaining or replacing, 15:59-60; 33R:11-3

Minimum, 20:28-9

Libertarian, definition, 27:53-4

Perspectives, 2:9-11,30; 5:39; 6:25-6,31; 11:30-1; 12:78; 15:9-10,86-7; 17:73-4; 20:21-2; 22:43; 32:7-10,41,84-5, 87-9; 33R:11-3

Religions, 22:43

Convictions, respect, 17:26,33-4,116; 18:25,33,37-9; 19:32

Pain control and sedation practices, treatment, distinction between killing a patient and killing the pain, 22:8; 31:25; 32:13,60-2

Palliative care, 2:24; 20:74; 33R:17

Committee recommendations, 33R:ix-xi

Ethical analysis, integration, 2:24; 20:36

**Publications**

*Bioethics in Canada*, 18:66

*Éthique de mort et droit à la mort*, 29:30-1 32:6; 33R:A-19

Fleming, John I., unpublished paper, quotes, 15:6-7

*Institute of Medical Ethics Working Party*, 2:27; 15:43-4

*Journal of Contemporary Health and Law Policy*, "The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia", 18:45-6,49; 33R:A-23

*Journal of Medical Ethics*, 21:37

*Medical Power, Medical Ethics*, 17:94,100

Spitzer, Robert, references, 14:148,152

**Europe**

Council of Europe, citation, 32:10

Palliative care, comparison, 26:7

**European Convention on Human Rights**

Reference, 17:95

**Euthanasia**

Abuse of system

See below

Legalization

Assisted suicide, terms, difference between, 1:55; 2:39; 3:11-2; 4:43-5; 6:15,40; 7:15-6; 8:27,51,69; 9:12; 11:23-4; 12:72-3; 15:47-8,88-9,101-2; 16:54,57-9,67; 18:7-9,54, 60-1,63,79,103-4,131; 19:44-6; 22:45; 24:9; 25:42-3; 27:39-40,47-62; 28:17; 29:20; 32:14,32-3; 33R:15

Basic presumptions, 6:12-3; 15:34-5

Bioethicists, view, 20:31

Capital punishment, 15:82

**Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia**

Van Bommel, Harry, Toronto: NC Press, 1992, 4:53,64; 33R:A-20

**Dying with Dignity**

Voir

Mourir dans la dignité

**Echlin, Jean, National Coalition of Concerned Mothers**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:73,75-80,82-3,85-6  
Notes biographiques, 17:72

**Eckgren, Betty, Victoria, Colombie-Britannique**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Eckstein, Cheryl, Compassionate Healthcare Network Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:108-12,115-18  
Notes biographiques, 15:113-4

**Economist**

Euthanasia, 17 septembre, 1997, 30:8

**Edge (The) of Being**

Référence, film, 22:27

**Edmonton, Alberta**

Voir sous

Alberta

**Éducation**

Autres pays, 22:22

Constitution, pouvoirs, effets, 22:33

Enseignement, centre, 13:22

Euthanasie et aide au suicide, professions médicales, soins palliatifs, normes, 25:23; 28:23; 29:11-2; 32:41,50-1,56,60; 33R:2,19-21,32-3,A-96-7

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25

Gériatrie, 22:38

Population, 28:23-4

Voir aussi

Euthanasie - Légalisation - Professions de la santé

Profession médicale - Médecins - Éducation, formation

Soins palliatifs - Éducation, formation

**Egan, Tim, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:19-20,28

**Église anglicane du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 28:4-14; 33R:58,A-6

Voir aussi sous

Religions - Anglicane

**Église calviniste et réformiste hollandaise**

Références, 21:30; 30:13

**Église catholique**

Voir sous

Religions

**Église réformiste hollandaise**

Voir

Église calviniste et réformiste hollandaise

**Euthanasia—Cont'd**

Cases, examples, investigation, conclusions, 20:7-8,13-5,62-4

See also below

Legal decisions

Requests

Clandestine, practices, 4:36,41-2,59-61; 6:41-3; 7:24-5;  
8:26-7,32; 9:15,34,37,40-1; 13:9; 14:15,32-3,85,86,101-2,  
123,127; 16:14-5; 18:9,59,81,132,140,144; 19:9; 20:40;  
22:18; 26:15

"Euthanasia by instalments", views, 7:12,13-4

Evidence, 18:9,132; 29:49

Nursing homes, economic factor, 18:148-9

Statistics, lack, 9:40-1; 10:38; 18:9,59,81,132,140,144;  
22:18

Committee, report

Bibliography, 33R:A-19-25

Chronology, 33R:A-27-32

Definitions, 33R:11-5,75

Deliberations, members, 33R:84-6

Against, 33R:86-7

In favour, 33R:87-8

Legal status, 33R:51-3

Legislative Proposals Previously Introduced in Parliament,  
33R:A-33-4

Recommendations, 33R:ix-xi

Suggested Procedural Guidelines, 33R:A-49-58

Witnesses, points of view, 33R:77-9

Against, 33R:79-82

In favour, 33R:82-4

See also

*Of Life and Death*

Coroners, 29:40-54

Attitude, role, 16:63-8; 20:4,8-9,15-9; 27:57

Deaths in the home and deaths in institutions, 33R:6-7,23

Investigations, difficulties, differences, 20:4-5,10-1,16

Information, difficulty in obtaining, 20:18-7

Role, powers, process, 16:62-77; 25:16

Training, index of suspicion, 20:9-10

See also under

Coroners

Countries

See below

Legalization - Countries

Crime against humanity, 18:141

Criteria, proposals, 28:20-2

Death

Causality and culpability, 18:64

"Death with dignity", views, 8:11-2; 9:17-8; 15:61,76;

17:26-7,44,88; 18:34,41,109,133-4; 20:23,75-6; 30:18;

32:7-9,18,41,51-2,62

Guidelines, cases, 7:31-3,43-5; 27:37

Loss, 14:152

Team decision to withdraw treatment, 23:41-2

See also below

Rights

"Dying mid-wives", 19:46

See also

Death

Debate, issues, 5:26-7; 20:4

**Église unie du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 27:29-47; 33R:A-6

*Caring for the Dying: Choices and Decisions*, 27:29

Comité national, document de travail sur le culte de la haute  
technologie et l'idolâtrie de la biologie, 18:10

*Observer*, 27:44

*Rodriguez, Sue*, affaire, position, 18:11

**Églises et religions**

Voir sous

Religions

**Églises Saint John et Paul**

Voir

Church of St. John and St. Paul

**Elgie, Robert, Health Law Institute, Dalhousie University**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:54-68; 33R:6-8

**Elias, Tym, Conference of Mennonites of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:113-5

**Emson, H.E., Saskatoon, Saskatchewan**

Mémoire présenté, 33R:A-14

**Ending the Journey**

Evangelical Fellowship of Canada, vidéo, 15:58

**Enfants**

Euthanasie, 31:31-2

Légalisation, objectif, inquiétudes, propositions, 11:24-5

Nouveaux-nés atteints de malformations, traitement, inquiétudes

Abus, euthanasie, eugénisme, 27:16-7; 33R:4

Bébés atteints du syndrome de Down, 14:71-2; 28:27

Pays-Bas, 14:141; 27:7

Soins palliatifs, 5:14-5; 17:71-7

**Englefield, Elly, Association catholique canadienne de la santé**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:144-6; 33R:A-14

**Espagne**

Euthanasie, autres pays, comparaison, 21:31

**Établissements de santé**

Voir

Hôpitaux

Hospices

**États-Unis**

Avortement, décision, Cour suprême, comparaison, 25:42

État de New York, groupe de travail, 31:15; 33R:A-114-6

Euthanasie et aide au suicide, 33R:A-157-61

Abus, contrôle, 27:18,31

Amérique du Nord, mouvement, croissance, 18:141

Autres pays, comparaison, 21:26; 25:27; 31:19,21-2; 32:23

Chiffres, 11:10

Sondages

Oregon, chiffres, 25:35; 32:60

Région du nord-ouest, 6:53

Haute technologie, investissement, 29:5

*States Initiatives for Pain Management*, 22:34

Washington State, aide à mourir, légalisation, rejet, 1:35



**Euthanasia—Cont'd**

Definitions, perception, interpretation, opinion, 1:29,31,41-2, 50-1; 2:34,39; 3:6; 4:11,43-5; 5:26; 6:5-7,30-1,58; 9:4-5; 10:33; 11:23-4; 12:7,85; 13:4; 15:47-8,60,88-9,97-8,110-1; 16:6,57-8; 17:39,42,90; 18:7-8,39-40,54,60-1,63,79, 121-2,131; 19:4,7-8,22,35,43; 20:35,58,64-5,85-6; 22:5,21 42,44; 23:12-3; 24:6; 25:21,28; 26:16; 27:6,13,22-6, 39-40,46; 28:15-7; 29:48; 30:9,23; 31:8-11; 32:51,53

Abandonment, desertion, 29:30-1,34

Active and passive, 31:5,16; 32:39

Ambiguities, 3:5-6; 28:37-8; 31:23; 32:39,50-1

Committee, 33R:11-5,75

Concepts, confusion, 27:41; 32:50

Ethics, 33R:11-3

Acceptance, 15:9,98; 16:6-7,79-80; 17:120; 18:28,99,116

Costs, 15:113,115

Perspectives, 2:9-11,30; 5:39; 6:25-6,31; 11:30-1; 12:78;

15:10,66-7; 17:73-4; 20:21-2; 32:41,84-5,87-9; 32:7-9

Mercy killing, compassion, 17:27; 18:32,66-7; 27:13,22-6,51;

28:17,21; 29:46,48,53; 30:16; 31:5,22-3,30-2; 32:59

Terminology, clarification, need, confusion, 27:32,52; 28:37; 29:20; 32:50-1

Voluntary and non-voluntary, 28:17,20,25-6; 31:5; 32:39; 33R:14

See also below

Terminology

**Demography**

Seniors, 32:23; 33R:8

Attitude, 18:81,129

Concerns, 22:38-9; 23:12-3; 32:51-61

Quality of life, problems, 19:33; 32:55

Vulnerable, definitions, effects, 20:21-2; 22:18-9,49; 28:17; 32:50-1

**Disabled and handicapped people**

Down's syndrome, effects, 23:48; 28:27

Newborns, medical killing, 15:109-10; 27:7; 33R:4

See also

Disabled and handicapped people

See also below

Legislation - Disabled and handicapped people

Do not resuscitate patients, advance directives, 18:137-8,143-4;

32:56-7,63; 33R:15,45

"Dying mid-wives", 19:46

Education, 32:56,60; 33R:2,20-1,24,30

See below

Society - Education

Eligibility, criteria, proposals, 15:20-1,23,147; 28:20-2

Voluntarily, repeatedly, documented and witnessed, 28:20; 33R:14

**Evolution**

See below

Historical background

Families and friends, involvement, support, effects, 3:16; 15:62, 127-8; 18:23-4,95,148; 20:27; 24:12; 25:44-5; 27:22-6;

28:21; 32:17; 33R:18-9

Mourning period, bereavement follow-up program, 15:62-4, 104-5,140-2; 16:81; 25:44-5; 27:43

Support program, need, 15:17; 28:15; 32:29,56,59

**Figures**

See below

Legalization - Statistics

Requests - Statistics

Framework of questions, Margaret Sommerville, 6:5-15

God, sovereignty, respect, 17:103; 18:34-5; 30:4

**Éthique de mort et droit à la mort**

Baudouin, Jean-Louis et Danielle Blondeau, Paris: Presses universitaires de France, 1993, 29:30-1; 32:6; 33R:A-19

**Éthique**

Bioéthique, 20:31

Code d'éthique, 18:40; 20:74;

Commentaires, 1:25-56; 5:28; 6:4-27,57-72; 18:120-30,132-6; 27:6; 29:19-40; 33R:5,8,12,28,30,39,44,49,59-60,63,66, 69,83,A-7-8,A-11,A-25

Débats, 20:31,36-7; 32:7-10

Définitions, 29:26; 33R:11-3

Directives préalables, 28:11; 29:53; 32:43-4,56-7,60,63; 33R:15,45,47-50

Douleur, contrôle, sédation, pratiques, traitement, distinction entre tuer un patient et tuer la douleur, 22:8; 31:25; 32:13, 60-2

Hôpitaux, institutions, comités d'éthique, propositions, 20:89; 22:19

Conscience morale, philosophie, 20:90; 29:31; 32:43-4

Principes fondamentaux, guides, reconnus, 19:35-6

Problèmes, structures, politiques, groupe en conseil, conclusions, 19:32,35,37,51

Travail d'équipe, 23:41-2

Voir aussi plus bas

Profession médicale - Prise de décision, processus

Moralité, société, philosophie

Acceptation, 15:9,98; 16:6-7,79-80; 17:120; 18:28,99,116

Conscience, conflits, 19:37,46-7; 20:25,56,74,76-7,89-90, 92-3; 25:29; 27:5-11,14,22-6; 28:9,13,31,37-8; 29:31; 32:7-10,50-1; 33R:11-3

Coûts, 15:113,115

Idées, principes fondamentaux, maintenir ou remplacer, 15:59-60; 33R:11-3

Minimum, 20:28-9

Libertaire, définition, 27:53-4

Perspectives, 2:9-11,30; 5:39; 6:25-6,31; 11:30-1; 12:78; 15:9-10,66-7; 17:73-4; 20:21-2; 22:43; 32:7-10,41,84-5, 87-9; 33R:11-3

Religions, 22:43

Convictions, respect, 6:32-4; 15:80-117,26,33-4,116; 18:25,33,37-9; 19:32

Sensibilisation, inquiétudes, propositions, 2:9-11,30; 5:39; 29:31,39; 32:7-10,43-4; 33R:11-3

Valeurs de base, protection, 20:92; 22:52; 24:30-1; 25:12; 27:27; 29:33-4; 32:23

Profession médicale, principes, effets, 16:6-7,21-3; 18:32; 19:6, 10; 20:76-7

Considérations, 16:6-7,21-3; 18:32

Éthique biomédicale, enseignements, 20:36-7,46

Légalisation, inquiétudes, propositions, 2:9-11,30; 5:39; 6:25-6,31; 11:30-1; 12:78; 15:9-10,66-7; 17:73-4;

20:21-2; 32:7-9,21-2,41,84-5,87-9; 32:7-9

Lignes directrices, manque d'éthique ou lois, 18:82-4; 20:13,56; 32:7-10

Point de vue, 7:10; 8:39-40; 10:40; 15:88,95; 20:69; 32:42, 50-1

Médecins de familles, 23:9-10; 32:7-10

Obligations, justification, 11:29-30; 15:43-4; 16:22-3; 17:102,105; 18:65-6

Pays-Bas, évaluation morale, comparaison, 21:12-4,18,35,41, 43-4; 29:29-30; 31:22

**Euthanasia—Cont'd**

- Green band system, 15:22,34-5
- Heroic measures, religions, views, 1:53-4; 15:77
- Historical background, impact, origin, 15:113-4; 22:5-6,11,13; 28:16,24; 29:19-21,30; 30:4-19; 31:5-6; 33R:7-8,12, A-27-32
- See also below
- Abortion
- Individual freedom, respect, 17:26; 24:30
- Interest, increased, reasons, 20:55-6
- International covenants, interpretation, conclusions, 15:10-1,17
- Issue, importance, factors, 19:32-3
- Laws prohibiting, no authority to change, 15:8
- Legal decisions, examples, cases, 1:32-4; 10:29; 20:64; 25:51
- Ciariariello v. Schacter*, [1993] 2 S.C.R. 119, 33R:38
- Cruzan*, 8:8
- De la Roche*, Timmins, 29:42-5,50; 33R:A-80-3
- Fleming v. Reid*, 20:57,80
- Gal*, *Nechum*, 33R:A-27
- Howell, Barbara, 33R:A-27
- Latimer*, *Tracy*, 18:141-2; 25:44; 26:22; 27:7; 28:20-1,28, 32-3; 29:14,46; 31:25; 33R:A-31
- Malette v. Shulman* (1990), 72 O.R.(2d) 417 (C.A.), 10:30,40, 43; 20:57,80; 33R:38,A-28,A-76-7
- Manitoba, 20:57,62-3
- Nancy B.*, 1:30-1,32; 4:44; 10:28,34-5; 12:21-2; 13:8; 15:85; 17:101-4; 18:122; 19:33,41-2; 20:56; 22:5; 25:6; 27:56; 28:20,29,35-7; 29:12; 31:17,27,36; 32:14,28-30; 33R:1, 38-9,A-29,A-72-3
- Ontario, recent, 9:33-4; 14:82
- Perry*, 33R:A-28
- Prima facie*, case, 14:127
- Reibl v. Hughes*, 20:54-5
- Rodriguez*, *Sue*, 1:36; 2:30; 3:24-5; 4:10,23-4; 6:7,9-10,65-6; 7:25-6,29; 8:36; 10:43; 11:9; 12:7,16-7,70,73-4,80; 13:26; 14:14,16; 15:44-6,85; 16:54-5,57-62,85; 17:30; 18:11,77,118-9,125-6,131,139; 19:23,25,33; 20:55,61-3; 21:63; 24:27-8,31-2; 25:27-8,39,41-2; 26:7,18,21,26; 27:10; 28:26; 29:28,36,38,43; 30:6,19-20; 31:15,18,25, 31,35-6; 32:6,18,24-8,30-2,34; 33R:5,27,56,A-31,A-69-71
- Analysis
- Dickens, Bernard M., 10:25,26-8,30-1,35,36-8,40-2; 33R:A-43
- Kluge, Eike-Henner, 2:12-6; 33R:A-43-6
- Doctors, views, 1:48; 7:28; 20:85
- Lamer, Right Hon. Antonio, argument, interest, 19:36,41, 44-5,52-3; 22:52-3; 29:32,35; 31:20,22,29,32; 33R:52-3,A-49
- Nancy B.*, comparison, 6:63-4; 10:28; 12:68-9; 14:128; 17:103-4; 27:56; 28:20,29,35-7; 29:12; 32:33; 33R:1, 38-9,A-29,A-72-3
- See also above
- Legal decisions - *Nancy B.*
- Legalization, concerns, proposals, effects, 4:38-9; 16:32-4; 17:80-1; 28:37-8; 29:37 30:19
- A priori* control mechanism, 19:44-5,51
- Abuse of system, manipulation, risks, 4:28-9; 6:42,55-6; 9:12-4,38-40; 14:28-30; 17:65; 18:8; 20:77; 26:5,12; 27:5-11,14-9; 28:25-6; 30:5,25-7; 31:23; 32:40,42,46, 54-5,59,65-6
- Ambivalence, 14:102-3
- Attempts, historical landmarks, 17:45-6

**Éthique—Suite**

- Profession médicale, principes, effets—*Suite*
- Prise de décision, processus, équipe, 24:33; 28:18
- Difficultés, 1:40-1; 4:63-4; 15:88; 17:111-3; 18:55-6; 23:7; 27:9
- Voir aussi plus haut
- Hôpitaux
- Transplantation, réalité médicale, 27:5-11; 32:54
- Travailleurs de la santé, 32:47
- Publications
- Bioethics in Canada*, 18:66
- Éthique de mort et droit à la mort*, 29:30-1 32:6; 33R:A-19
- Fleming, John I., document inédit, citations, 15:6-7
- Institute of Medical Ethics Working Party*, 2:27; 15:43-4
- Journal of Contemporary Health and Law Policy*, "The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia", 18:45-6,49; 33R:A-23
- Journal of Medical Ethics*, 21:37
- Medical Power, Medical Ethics*, 17:94,100
- Spitzer, Robert, références, 14:148,152
- Recommandations du Comité, 18:32; 32:43-4; 33R:ix-xi,50
- Reins, dialyses, candidats, éthique, 14:151
- Soins palliatifs, 2:24; 20:74; 33R:17
- Analyses, intégration, 2:24; 20:36
- Recommandations du Comité, 33R:ix-xi

**Europe**

- Conseil de l'Europe, citation, 32:10
- Soins palliatifs, comparaison, 28:7

**Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS**

- Ogden, Russel D., Vancouver: Perreault/Goedman Publishing, 1994, 12:46-7; 14:75; 20:55; 33R:A-19

**Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life**

- Van der Maas, Paul J., *The Lancet*, 17:6-7,21,23; 33R:A-20

**Euthanasia**

- Abus du système
- Voir plus bas
- Légalisation
- Admissibilité, critères, propositions, 15:20-1,23,147; 28:20-2
- Volontaire, répétée, documentée et avec témoins, 33R:14
- Aide au suicide, définitions, différence entre, 1:55; 2:39; 3:11-2; 4:43-5; 6:15,40; 7:15-6; 8:27,51,69; 9:12; 11:23-4; 12:72-3; 15:47-8,88-9,101-2; 16:54,57-9,67; 18:7-9,54, 60-1,63,79,103-4,131; 19:44-6; 22:45; 24:9; 25:42-3; 27:39-40,47-62; 28:17; 29:20; 32:14,32-3; 33R:15
- Voir aussi
- Aide au suicide
- Amérique du Nord, mouvement, ampleur, 18:141
- Autochtones, 30:19-27
- Bioéthiciens, position, 20:31
- "Cadre de remise en question", position de Margaret Sommerville, 6:5-15
- Chambre des communes, projets de loi, 20:59; 33R:A-33-4
- Chronologie, 33R:A-28-9
- Voir plus bas
- Législation - Parlement
- Chiffres
- Voir plus bas
- Demandes - Statistiques
- Législation - Statistiques
- Coalition des catholiques fondamentalistes, 18:38



**Euthanasie—Cont'd**Legalization, concerns, proposals, effects—*Cont'd*

Autonomy and independence of human being, premise, 6:38;  
15:100-1; 18:115; 20:27-8,69; 22:49; 23:17; 31:7-8;  
33R:12

Bills, 20:59

Care providers, control measures, 18:145-6

Children, 31:31-2

Babies, concerns, 11:24-5; 14:71

Beliefs and values, teaching, consequences, 17:72-83

See also

Children

Comments, arguments, 7:16; 16:19; 19:20-2; 25:12-4;  
27:53-4; 31:28; 32:46-9

Advantages and disadvantages, "pros and cons", 1:39,49;  
17:45; 20:38-9,58-9; 23:16; 27:22-6; 32:10,60-1

Need, assumptions, 18:115; 27:22-6

Opposition, against, overview, reasons, 20:84-94; 22:8-56;  
23:27-9,36,44; 24:6; 25:26,49,51; 27:25,27,44-5,47,52;  
28:4-14, 37-8; 29:30,34; 30:16,19,24-5; 31:7; 32:5-23,  
46

Quotes from the Bible and Holy Scripture, 15:75-82,95;  
18:32-5; 22:52

Recommendations, 17:87; 32:60-1

Community, effect, 9:9; 14:27-8; 20:24-5; 27:22-6

Competence, consent, 1:45-7,48-50; 2:18-21; 9:13-4;  
11:8-10; 14:43-4,108-9; 27:48,51; 32:45,59-60,66-8

Definitions, 33R:13-5

Conditions, 18:82-3,85; 19:37; 31:22

See also below

Regulations

Safeguards, guidelines

Consensus, 2:29; 33R:13

Consultation, need, nature, 18:86-8; 19:6,8

Control on clandestine practice, 18:127-8

Countries, other, views, comparison, 1:37-8; 2:37; 7:17; 9:13;  
18:33,106; 20:59; 21:30-2,53; 25:50-1; 30:7,21-2;  
33R:A-149-73

Netherlands, 2:6-7; 12:75-6; 14:140; 17:94-8,100,122;  
18:46-9,86-7; 21:14-6,19-20,24-6,29,32-7,44-7,50-1,  
55-7,80-1,63-5,67-8; 22:16-7,49-50; 25:27; 26:4-7,12;  
27:50; 28:13,20; 29:12-3,29-30,53; 30:6,9-13,15,20,22;  
31:5,15,35-6; 32:60-1

See also

Australia

Austria

France

Germany

Netherlands

United Kingdom

United States

Death penalty, comparison, 6:56; 18:20; 25:28-9

Decision-making, difficulty, public debate, 19:21-2,39-41,45;  
27:12,52; 28:37-8

Decriminalisation, arguments, views, 33R:77-9

Against, witnesses, members, 33R:79-82,86-7

In favour, witnesses, members, 33R:82-4,87-8

Diminishing the lives of the people around the person, 28:28-9

Disabled and handicapped people, 6:70; 28:27

Mental and physical disability, repercussions, 1:48-9

See also

Disabled and handicapped people

See also above

Disabled and handicapped people

**Euthanasie—Suite**

## Comité, rapport

Bibliographie, 33R:A-19-25

Chronologie, 33R:A-27-32

Définitions, 33R:77

Délibérations, membres, 33R:86-8

Contre, 33R:89-90

En faveur, 33R:90

État du droit, 33R:77-80

Modalités suggérées, 33R:A-49-59

Opinions des témoins, 33R:80-1

Contre, 33R:81-4

En faveur, 33R:84-6

Recommandations, 33R:ix-xi,91-2

Voir aussi

De la vie et de la mort

Convictions religieuses et éthiques, respect, 17:26,33-4,116;  
18:25,33,37-9; 19:32

Coroners, 29:40-54

Attitude, rôle, 16:63-8; 20:4,8-9,15-9; 27:57

Décès à domicile et décès dans un établissement public,  
enquêtes, difficultés, différences, 20:4-5,10-1,16

Formation, indice de méfiance, 20:9-10

Informations, obtention, difficultés, 20:16-7

Rôle, pouvoirs, processus, 16:62-77; 25:16

Voir aussi sous

Coroners

Crime contre l'humanité, 18:141

Critères, propositions, 28:20-2

Débat, questions, 5:26-7; 20:4

Décisions judiciaires, exemples, cas, 1:32-4; 10:29; 20:64;  
25:51

*Ciarlariello v. Schacter*, [1993] 2 S.C.R. 119, 33R:38

*Cruzan*, 8:6

*De la Rocha*, Timmins, 29:42-5,50; 33R:A-80-4

*Fleming c. Reid*, 20:57,80

*Gal*, Nachum, 33R:A-27

*Graff*, Peter, 33R:31,A-29

*Howell*, Barbara, 33R:A-27

*Latimer*, Tracy, 18:141-2; 25:44; 26:22; 27:7,14; 28:20-1,28,  
32-3; 29:14,46-8; 31:25; 33R:A-32

*Malette c. Shulman* (1990), 72 O.R.(2d) 417 (C.A.), 10:30,40,  
43; 20:57,80; 33R:40,A-28,A-77

*Nancy B.*, 1:30-1,32; 4:44; 10:28,34-5; 12:21-2; 13:8; 15:85;  
17:101-4; 18:122; 19:33,41-2; 20:56; 22:5; 25:6,27;

27:56; 28:20,29,35-7; 29:12; 31:17,27,36; 32:14,28-30,  
33; 33R:1,40,A-29,A-73

*Perry*, 33R:A-28

*Reibl c. Hughes*, 20:54-5

*Rodriguez*, Sue, 1:36; 2:30; 3:24-5; 4:10,23-4; 6:7,9-10,65-6;  
7:25-6,29; 8:36; 10:43; 11:9; 12:7,16-7,70,73-4,80;

13:26; 14:14,16; 15:44-6,85; 16:54-5,57-62,85; 17:30;  
18:11,77,118-9,125-6,131,139; 19:23,25,33; 20:55,61-3;

21:63; 24:27-8,31-2; 25:27-8,39,41-2; 26:7,18,21,26;  
27:10; 28:26; 29:28,36,38,43; 30:6,19-20; 31:15,18,25,  
31,35-6; 32:6,18,24-8,30-2,34; 33R:5,27,56,A-31,A-69-71

Analyse

Dickens, Bernard M., 10:25,26-8,30-1,35,36-8,40-2;  
33R:A-43

Kluge, Eike-Henner, 2:12-6; 33R:A-43-6

Lamar, le très honorable Antonio, 19:36,41,44-5,52-3;

22:52-3; 29:32,35; 31:20,22,29,32; 33R:54-5,A-49

Médecins, opinions, 1:48; 7:28; 20:85



**Euthanasia—Cont'd**

- Legalization, concerns, proposals, effects—*Cont'd*  
 Doctor-patient relationship, 4:55; 5:32; 6:11; 12:78; 14:25, 132; 15:26,65-6,88,90,118; 17:8; 20:24-5,35,42-3; 22:49; 23:7-8; 26:10; 27:15-8,28; 32:10,21-2,57; 33R:7-8  
*See also*  
 Patients
- Eligibility, 6:70-1; 15:20-1; 27:48  
 Concerns, poor, 24:30
- Ethics, perspectives, terms, 2:9-11; 6:25-6,31; 11:30-1; 15:9-10,66-7; 17:73-4; 20:21-2; 22:43; 32:7-10; 33R:11-3  
 Committees, moral awareness, 20:89-91; 32:43-4  
*See also below*  
 Medical profession - Ethics  
*See also under*  
 Ethics
- Health care system, costs, concerns, risks, 15:9; 32:54-5  
 Committee recommendation, 33R:ix-xi,24  
*See also*  
 Health care system
- Justice, quality, gamble, account for their actions, 20:91  
 Justification, 15:44,147-8; 17:18,45
- Laws, 23:11-2; 27:52  
 Challenge, 15:119  
 Criminal act, 20:69; 23:20  
 Convictions, none, 27:10
- Current law  
 Changing, effects, 15:58,62-3; 29:41  
*De facto* acceptance, 18:125-6
- Judicial apparatus, 31:7  
 Minimum ethic, 20:28-9  
 Natural law, accessible to human reason, 15:100-1  
*See also*  
 Criminal Code
- Legal principles at stake, view, 12:6-12; 15:44-7,98
- Life, "sanctity of life", 6:36; 15:10,58,75-80,86,95-6,99,111, 136-9; 16:80; 17:116; 18:33,37-9; 19:35; 20:59; 31:4, 9-11; 32:58; 33R:19
- Limitations  
 Eroding by time and moral experience, 20:25-6,28  
 No good moral reasons to impose once principle legitimated, 15:8-9,98
- Medical profession, physicians, role, effects, 6:26-7; 8:23-4; 10:34-5; 11:13-4,29; 14:67; 15:88,90-1; 16:5-6,10,17,29; 18:121; 19:58-9; 20:58-8,79; 24:29-30; 27:44; 31:6; 32:7-10,41,46
- Anonymous, protection, 27:59; 31:35-6
- Burden, responsibility, role, 22:13
- Fallibility, confidence, lack, 27:58-9
- Medical ethics, conflict, conscience, 19:37,46-7; 20:25,74, 76-7; 25:29; 28:9,13,37-8; 32:7-10,50-1; 33R:11-3  
 Conflicts of interest, 4:38  
 Fears, 14:83-4; 32:41,62-3
- Multi-disciplinary team approach, 23:23; 28:18
- Opinions, 10:40; 14:31-2; 17:111-3; 18:83-4,86; 20:79; 22:16-7; 23:9,17-8; 24:29-30; 33R:12-3  
 "Pros and cons", point of view, 1:39; 23:16
- Paternalism, 33R:7-8
- Practice, extent, 16:14-5; 19:9  
 Clandestine, 4:59-61; 8:26-7; 9:15; 14:15,32; 20:40; 22:18  
 Participation, choice, 16:18  
 Reluctant, 23:18
- Remuneration, 25:12

**Euthanasia—Suite****Décisions judiciaires, exemples, cas—Suite****Rodriguez, Sue—Suite**

*Nancy B.*, comparaison, 6:63-4; 10:28; 12:68-9; 14:128; 17:103-4; 27:56; 28:20,29,35-7; 29:12; 32:33; 33R:1,40, A-29,A-73

**Voir aussi plus haut****Décisions judiciaires - Nancy B.**

- Définitions, perception, interprétation, opinion, 1:29,31,41-2, 50-1; 2:34,39; 3:6; 4:11,43-5; 5:26; 6:5-7,30-1,58; 9:4-5; 10:33; 11:23-4; 12:7,65; 13:4; 15:47-8,60,88-9,97-8,110-1; 16:6,57-8; 17:39,42,90; 18:7-8,39-40,54,60-1,63,79, 121-2,131; 19:4,7-8,22,35,43; 20:35,58,64-5,85-6; 22:5,21 42,44; 23:12-3; 24:6; 25:21,28; 26:16; 27:6,13,22-6, 39-40,46; 28:15-7; 29:48; 30:9,23; 31:8-11; 32:50-1,53
- Abandon, désertion, 29:30-1,34
- Actif et passif, 31:5,16; 32:39
- Ambiguïtés, 3:5-6; 28:37-8; 31:23; 32:39
- Comité, 33R:11-6,77
- Concepts, confusion, 27:41; 32:50
- Meurtre par compassion et pitié, 17:27; 18:32,66-7; 27:13, 22-6,51; 28:17,21; 29:46,48,53; 30:16; 31:5,22-3,30-2; 32:59
- Terminologie, clarification, besoin, confusion, 27:32,52; 28:37; 29:20; 32:50-1
- Volontaire et non volontaire, 28:17,20,25-6; 31:5; 32:39; 33R:14

**Voir aussi plus bas****Terminologie****Demandes, 6:55; 9:25-7****Aspects moraux et juridiques, 20:56****Association à une forme d'instabilité et d'effcience affective et émotionnelle, 15:65****Autorisation, conditions, lignes directrices, 18:82-3,85; 32:42, 58-60****Consultant en soins palliatifs, 18:83; 33R:15****Médecin traitant, consultation avec un autre médecin, 18:83****Modalités suggérées, 33R:A-49-59****Clarification, importance, effets, 24:15,18****Critères, propositions, 26:6-7,9-10; 28:20-2; 31:34****Décision irrévocable, exclusion de la participation du médecin, 20:25****Décisions médicales, rapports Rummelink, 17:46-7; 25:16; 26:4; 31:35; 32:59; 33R:A-138-9,A-142,A-145****Voir aussi****Commission Rummelink****Délais entre demande et exécution, 19:51-2; 28:21****Demandes officielles par écrit, appui, sondage, 18:12,19-20; 25:11-3; 28:21; 33R:1****Hôpitaux, 19:25,34****Identification, recherche, 18:110-1; 29:8-9****Inquiétudes, 7:36-8; 8:70-1****Médecins albertains, nombre irrégulier, 16:8-9****Patients, inquiétudes****Ambivalence, 7:36-9; 17:46****Capable et incapable, état mental, consentement volontaire, prise de décision, besoin de troisième personne, famille ou connaissance, 2:20; 4:28; 17:27,34-5,46,102; 18:20-2, 129-30,136; 19:8; 20:26-7; 22:8-9; 23:17; 24:27; 28:20-2,25-6; 31:6; 32:41-2,45,59-60,66-8; 33R:14-6, 43,47****Souffrance, psychologique et physique, 32:41,51,55****Voir aussi****Patients**

**Euthanasie—Cont'd**Legalization, concerns, proposals, effects—*Cont'd*Medical profession, physicians, role, effects—*Cont'd*

Survey, questionnaires, interpretation, 25:11-3,25-6,28-9

Requests, statistics, 16:7-9,11-2,14; 17:121; 18:86

Trust, 27:12

*See also above*

## Legalization - Doctor-patient relationship

Minority and majority, benefits or risks, the rule not the exception, 15:88,93; 29:34

Non-consenting populations, ramifications, 20:21-2,25-9; 32:44

Not to kill the patient but to kill the pain, 22:11; 32:55,60-2

Committee recommendations, 33R:ix-xi

Palliative care, impact, effects, 16:37,42-3; 19:37; 20:24;

23:27-8; 24:30; 32:55; 33R:14,17-23

Committee recommendations, 33R:ix-xi

## Parliament, role

Legislator, position, dilemma, 16:32-3

Responsibility, 18:132; 19:43-4; 21:53-4,64; 23:20; 26:6-7; 27:47,60; 28:23; 30:6,14-5; 31:24-5,36

Senate, committee, 28:23; 31:14-5,29

Patients, competence, consent, families, substitute, incompetent, 1:40; 11:9-10; 32:45

Definitions, 33R:13-5,41,45

People concerned, consultation, 18:107

Problems, 18:83; 19:38

Public policy, context, dangers, 15:9-10,97

Purpose, motivations, 18:97

Recommendations, positions, 3:8-10,14-5; 4:33-5; 5:28-33;

6:14-5,38-9,54; 9:11-2; 10:32-3,35-9,42-3; 14:12,14,79, 96-7; 26:4-10,12; 27:48; 28:20-4; 31:14-36; 32:60-1

Referenda, United States, 6:6,22-3

Regulations, protocols, 20:80; 23:22-3

Clarification, need, 20:69

Interim, basis for appropriate legislation, 15:39

*See also above*

## Conditions

*See also below*

## Safeguards, guidelines

Religious beliefs, cultural heritage, conflict, 6:32-3; 15:80-1; 27:52

Catholic patients, doctors and hospitals, impact, 15:99

*See also under*

## Religions

Requests, certified questionnaire before the act of euthanasia, 26:5

Abuse, abandonment, 27:18-9; 29:34-5; 32:40,42,54-5,59, 65-6

Criteria, application, 3:15,19-20; 18:85; 26:9-10; 28:20-2

Patient must understand clearly, 26:7

Competence, consent, 32:66-7

Guidelines, criteria, safeguards, need, 3:14-5; 4:22,37;

12:48; 14:25-6,64,84-5; 15:37,48,68-70,87-9,93,147-8; 17:28,39-41; 18:44,82,3,85-6,94; 19:37-8,41,51; 20:80;

25:5-7,9-10,42-3; 27:11,35-7,47-62; 28:8,17,20-2; 32:58,60

Medical examiners, provincial coroners, role, 20:8,18-9; 29:50

Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58

Tribunals, 27:57

Verification, Crown Attorney's Office, 26:12

**Euthanasie—Suite**Demandes—*Suite*

Pressions indues, culpabilité, 17:27,34-5,120; 18:52-3,94-5

Raisons, inquiétudes, 15:127-8,132,147-8; 17:38,102,120-3;

18:24,95,109; 23:28

Abus, commentaires, 22:8-11; 26:5,12; 27:5-11; 32:40,42, 54-5,59,65-6

Dépression, 8:54; 17:12-3

Dignité, perte, 18:82; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2

Douleur, 26:9; 32:60-1

Exemples, 3:6-7; 20:75; 25:51

Âge, 26:10-2; 27:7-9; 32:23; 33R:8

Décidés avec et sans l'avis du patient, statistiques, 15:8

Enquêtes, conclusions, 20:7-8,13-5,62-4

Familles, 24:12; 25:45; 27:9; 31:6

Patients, 26:10-2

*Voir aussi plus haut*

## Décisions judiciaires

## Existentielles, 26:5

Isolement, solitude, effets, 12:53-6; 25:44-5

Statistiques, absence, manque, effets, 9:40-1; 18:146-7; 19:9;

20:10,16,66,80-1; 23:17-8; 26:4-5

Chiffres, pourcentage, 3:22-3; 15:12-3; 17:14; 18:125,139, 147; 20:17; 24:18

Décision avec et sans demande du patient, 15:8

Divulgaration, inquiétudes, 20:82-3; 23:18

*Voir aussi plus bas*

## Législation - Statistiques

## Démographie

Groupes vulnérables, définitions, effets, 20:21-2; 22:18-9,49; 28:17; 32:50-1

## Personnes âgées, vieillissantes

Attitude, 18:81,129

Inquiétudes, 22:38-9; 23:12-3; 32:23,51-61

Qualité de vie, problèmes, 19:33; 27:7-8; 32:58

Droits et libertés, différences entre, 17:36-9; 27:5; 32:6-9

Choisir le moment et le devoir de mourir, 14:19-20,33-4;

15:118-9; 17:33,88; 18:20-1,24,134; 20:23; 32:41,57-8; 33R:1-2,7-8

*Voir aussi plus bas*

## Mort

Individuels et société, 18:42,85,109-10; 20:24; 22:52-3;

29:27-31; 32:10; 33R:1-2,7-8

*Voir aussi*

## Droits de la personne

"Dying mid-wives", 19:46

## Évolution

*Voir plus bas*

## Historique

Familles et amis, implication, conséquences, soutien, 3:16;

15:62,127-8; 18:23-4,95,148; 20:27; 24:12; 25:44-5;

27:22-6; 28:21; 31:6; 32:17; 33R:18-9

Période de deuil, 15:82-4,104-5,140-2; 16:81; 25:44-5; 32:29

Culpabilité, différences, comparaison, 32:33-4

Programme de suivi, 27:43

Programme, besoin, 15:17; 28:15; 32:29,56,59

Grandes questions, 14:157-8

Groupes pro-vie, violence, inquiétudes, 25:35-6

Historique, impact, 22:5-6,11,13; 27:54-5; 28:16,24;

29:19-21,30; 30:4-19; 31:5-6; 33R:8,12,A-27-32

*Voir aussi sous*

## Avortement

## Hôpitaux

Mécanismes de contrôle, 16:15-7



**Euthanasie—Cont'd**

Legalization, concerns, proposals, effects—*Cont'd*

Requests, certified questionnaire before the act of ...—*Cont'd*

*See also above*

Conditions

Regulations

Rock, Hon. Allan, minister of Justice, 31:25-7

Seniors, 14:68-70; 15:118; 18:51; 32:66

"Slippery slope", 7:30; 9:12-3; 14:77-8,128-32,137-40;

19:51; 20:9,25,39,59,80; 23:6; 25:15; 27:5-6,53; 29:41;

30:13-4,18; 31:7,25; 32:59; 33R:56-7

Society, concerns, impact, 6:8,14; 11:21-3; 25:49-51; 29:31; 32:23

Evolution, 23:16; 28:23; 33R:12

Protection, progress of humanity, 20:92-4; 24:30-1; 25:50; 29:34

Public opinion, polls, acceptable social act, 11:28-9; 12:77; 13:20,22; 15:85,91-2; 17:81-2; 18:82,96,115; 20:32,

75-6; 25:11-2,15; 27:21; 30:15-6; 33R:1-2,24

Social killing, acceptance, 15:12-3; 18:43

*See also*

Society

Socio-economic conditions, concerns, poor, transient, derelict, seniors, disabled, effects, 1:50; 4:15,31-2; 9:38; 11:11; 14:26,104-6; 15:98,110-1,119; 17:44-5,71-3,80-1,87,102, 108,121-2; 18:32,43,45-6,57,61,88-91,110,121,124-6, 139,142,150-1; 19:5,38,50-1; 20:23-4,27-8,39-40,92-3; 22:49-50; 24:30; 27:7; 29:36; 30:7,19,25; 31:6; 32:23, 51-70; 33R:8

Statistics, data, reporting process, problems with implementation, 18:148; 28:38

Lack, 9:40-1; 18:146-7; 20:10

*See also below*

Requests - Statistics

Surveys, public opinion, 6:22-3; 16:9,12,14; 17:15-7;

22:39-40; 32:50-1; 33R:12-3

Anonymity, 23:7

Interpretation, 25:12-3

Polls, 18:19-20; 22:12; 32:50

Reform Party of Canada, 18:88-9; 33R:A-26

Reliability, 16:16; 25:25-6

Study, 25:11-2,28

*See also above*

Medical profession

Tribunals, role, powers, 15:44-7; 24:31; 27:49-50,55-62

Divisions, 25:27-8

Undue influence, 6:40-1,42

Wisdom, 15:9,37,66-7

Young people, message, 30:22; 31:29; 32:23

*See also under*

Criminal Code

Law Reform Commission

Netherlands

Legitimate cases, 15:9,98; 17:18

Life, values and dignity; 33R:19

Inviolable dignity, respect, 15:95; 17:116; 18:28-9,40-1; 19: 37; 20:25; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2,58

Powers, control, 22:46-7

Protection, 15:7,58-9,80; 18:62,133; 20:21-2

Worth, 18:97-8,100; 22:43-5

*See also*

Life

Major issues, 14:157-8

**Euthanasie—Suite**

Hôpitaux—*Suite*

Politiques, évolution, 16:86-7

Hypothèses de base, 6:12-3; 15:34-5

Infirmières et infirmiers

*Voir plus bas*

Profession médicale

Interdiction, maintien, recommandation, 16:11; 20:84-94

Intérêt accru, raisons, 20:55-6

Légalisation, inquiétudes, propositions, effets, 4:38-9;

16:32-4; 17:80-1; 28:37-8; 29:37; 30:19

Abus du système, manipulation, risques, 4:28-9; 6:55-6;

9:12-4,38-40; 14:28-30; 17:65; 18:8; 20:77; 26:5,12;

27:5-11,14-8; 28:25-6; 30:5,26-7; 31:23; 32:40,42,46,

54-5,59,65-6

Admissibilité, 6:70-1; 15:20-1; 27:48

Inquiétudes, pauvres, 24:30

Ambivalence, 14:102-3

Autonomie et indépendance de l'être humain, postulat, 6:38;

15:100-1; 18:115; 20:27-8,69; 22:49; 23:17; 31:7-8;

33R:12

Avantages et inconvénients

Nécessité, hypothèses, 18:115

Pour ou contre, arguments, 1:39,49; 17:45; 20:38-9,58-9; 23:16; 32:10,61

Capacité, consentement, 1:45-7,48-50; 2:18-21; 9:13-4;

11:8-10; 14:43-4,108-9; 27:48,51; 32:45,59-60,66-7

Définitions, 33R:14-6,43,47

Collectivité, effets, 9:9; 14:27-8; 20:24-5

Conditions, 18:82-3,85; 19:37; 31:22

*Voir plus bas*

Lignes directrices

Règlements

Conditions socio-économiques, inquiétudes, pauvres, démunis,

vagabonds, handicapés, effets, 1:50; 4:15,31-2; 9:38;

11:11; 14:26,104-6; 15:98,110-1,119; 17:44-5,71-3,80-1,

87,102,108,121-2; 18:32,43,45-6,57,61,88-91,110,121,

124-6,139,142,150-1; 19:5,38,50-1; 20:23-4,27-8,39-40,

92-3; 22:49-50; 24:30; 27:7; 29:36; 30:7,19,25; 31:6-7;

32:23,51-70; 33R:8,54-5

Consensus, possibilité, 2:29

Consultations, besoin, nature, 18:86-8; 19:6,8; 32:48-9

Contre, opposition

Aperçu général, commentaires, raisons, 20:84-94; 22:8-56;

23:27-9,36,44; 25:26; 27:25,27,44-5,47,52; 28:4-14,

37-8; 29:30,34; 30:16,19,24-5; 31:7; 32:5-23,46

Arguments, citations de la Bible et des Saintes Écritures,

15:75-82,95; 18:32-5; 22:52

Recommandations, 17:87; 32:80-1

Contrôle sur pratique clandestine, 18:127-8

Critères, application, 3:15,19-20; 18:85; 26:7,9-10; 28:20-2

Décriminalisation, arguments, opinions, 33R:80-1

Contre, témoins, membres, 33R:81-4,89-90

Pour, témoins, membres, 33R:84-6,90

Demandes, questionnaire certifié avant de procéder à l'euthanasie, 26:5

Vérification, procureur de la Couronne, 26:12

Diminution de la qualité de vie des gens autour de la personne, 28:28-9

Dispensateurs de soins, mesures de contrôle, 18:145-8

Douleur, contrôle, ne pas tuer le patient mais tuer la douleur, 22:11; 32:61-2

Enfants

Bébés, inquiétudes, 11:24-5; 14:71; 31:31-2



**Euthanasia—Cont'd**

- Media, role, 18:28-9,38; 31:15; 33R:1
- Interpretation, effects, 25:36; 27:42; 28:28-9,31
- Medicine, role put on trial, 15:95-7,99; 16:6-11,66-7; 29:21,41; 33R:7-8
- See also above*
- Legalization - Medical profession
- Myths, 4:7-8
- North America, movement, strength, 18:141
- Nurses
  - See above*
  - Medical profession
- Passive, 12:23
- Policies, 26:24
- Population
  - See above*
  - Demography
- Principles, rules or guidelines, 17:26,39-41; 29:50; 32:42
- See also above*
- Legalization - Guidelines
- Pro-life groups, violence, concerns, 25:35-6
- Protocols, reference, 2:8-9
- Requests
  - Alberta physicians, uncommon frequency, 16:8-9
  - Associated with some form of affective and emotional instability and disability, 15:65
  - Clarification, importance, effects, 24:15,18
  - Criteria, proposals, 26:7,9-10; 28:20-2; 31:34
  - Decision, irrevocable, precluding physician assistance, 20:25
  - Delays between request and action taken, 19:51-2; 28:21
  - Ethical and legal propriety, 20:56
  - Formal requests in writing, support, poll, 18:12,19-20; 28:21; 33R:1
  - Hospitals, 19:25,34
  - Identifying, research, 18:110-1; 29:8-9
  - Medical decisions, Rummelink reports, 17:46-7; 25:16; 26:4; 31:35; 32:59; 33R:A-135-40,A-142
  - See also*
  - Rummelink Commission
- Patients, concerns
  - Ambivalence, 7:36-9; 17:46
  - Competent and incompetent, mental state, voluntary consent, decision-making, need third person, family or friend, 2:20; 17:27,34-5,46,102; 18:20-2,129-30,136; 19:8; 20:26-7; 22:8-9; 23:17; 28:20-2,25-6; 31:6; 32:41-2,59; 33R:13-5, 41,45
  - Appointment of a health care representative, 15:30
  - Consent of family, 15:29-31; 32:45,60,66-8
  - Final decision, responsibility, 20:42-3
  - Psychological and physical suffering, 32:41,51,55
- Permitting, conditions, guidelines, 18:82-3,85; 32:42
- Committee recommendations, 33R:ix-xi
- Palliative care consultant, 18:83
- Practising physician, consultation with other physician, 18:83
- Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58
- Reasons, concerns, 15:127-8,132,147-8; 17:38,102,120-3; 18:24,95,109
- Abuses, comments, 22:8-11; 26:5,12; 27:5-11,15-9; 32:40, 42,54-5,59,65-8
- Cases, examples, ages, 26:10-2; 27:7; 32:23; 33R:8
- Dignity, loss, 18:82; 30:18; 32:7-9,18,51-2
- Examples, 3:6-7; 20:75
- Existential, 26:5
- Families, 24:12; 25:45; 27:9; 31:6

**Euthanasia—Suite**

- Législation, inquiétudes, propositions, effets—*Suite*
- Enfants—*Suite*
  - Croyances et valeurs, enseignement, conséquences, 17:72-83; 31:31-2
- Handicapés, 6:70; 28:27
- Influences indues, 6:40-1,42
- Jeunes, message, 30:22; 31:29; 32:23
- Justice, qualité, pari, rendre compte de leur acte, 20:91
- Justification, 15:44,147-8; 17:18,45
- Lignes directrices, critères, mesures de sécurité, besoin, 14:25-6,64,84-5; 15:37,48,68-70,87-9,93,147-8; 17:28, 39-41; 18:44,82-3,85-6,94; 19:37-8,41,51; 20:80; 25:5-7, 9-10,42-3; 27:11,35-7,47-62; 28:8,17,20-2; 32:58,60
- Abus, abandon, 27:18-9; 29:34-5; 32:40,42,54-5,59,65-8
- Médecins légistes, coroners provinciaux, rôle, 20:8,18-9
- Modalités suggérées, 33R:A-49-59
- Voir aussi plus bas*
- Règlements, protocoles
- Voir aussi plus haut*
- Conditions
- Lois, 23:11-2; 27:52
- Acte criminel, 20:69; 23:20
- Condamnation, aucune, 27:10
- Appareil judiciaire, 31:7
- Contestation, 15:119
- Jurisprudence, loi, gestion et interprétation, difficulté, 20:28; 28:9-10
- Consentement, complications, 11:8-10,14-5; 14:68,108-9; 19:8
- Provinces, 20:78-9; 28:12; 29:9; 31:24; 32:68
- Loi actuelle
  - Autorisation *de facto*, 18:125-6
  - Modification, répercussions, 15:58,62-3; 29:41
- Loi naturelle, à la portée de l'entendement humain, 15:100-1
- Minimum en matière d'éthique, 20:28-9
- Voir aussi*
- Code criminel
- Mécanisme de contrôle *à priori*, 19:44-5,51
- Minorité et majorité, avantages versus risques, la règle et non l'exception, 15:88,93; 29:34
- Non de tuer le patient mais de tuer la douleur, 22:11; 32:60-1
- Objectifs, motivation, 18:97
- Parlement, rôle
  - Législateur, position, dilemme, 16:32-3
- Responsabilité, 18:132; 19:43-4; 21:53-4; 23:20; 26:6-7; 27:47,50-1,60; 28:23; 30:6,14-5; 31:24-5,36
- Sénat, comité, 28:23; 31:14-5,29
- Patient-médecin, relation, 4:55; 5:32; 6:11; 12:78; 14:25, 132; 15:26,65-6,88,90,116; 17:6; 20:24-5,35,42-3; 22:49; 23:7-8; 26:10; 32:10,21-2,57; 33R:7-8
- Patients, capacité, consentement, familles, substitut, incompétence, 1:40; 11:9-10; 32:45
- Définitions, 33R:14-6,43,47
- Voir aussi*
- Patients
- Pays, autres, opinion, comparaison, 1:37-8; 2:37; 7:17; 9:13; 18:33,106; 20:59; 21:30-2,53; 25:50-1; 30:7,21-2
- Pays-Bas, 2:6-7; 12:75-6; 14:140; 17:94-8,100,122; 18:46-9,86-7,91; 20:83; 21:14-7,19-20,24-6,29,32-7, 44-7,50-1,55-7,60-1,63-5,67-8; 22:16-7,49-50; 25:27; 26:4-7,12; 27:50; 28:13,20; 29:12-3,29-30,49,53; 30:6, 9-13,15,20,22; 31:5,15,35-6; 32:60-1

**Euthanasia—Cont'd****Requests—Cont'd****Reasons, concerns—Cont'd**

Pain, 26:9; 32:55,60-2

Committee recommendations, 33R:ix-xi

Patients, 26:10-2

Statistics, lack of data, effects, 19:9; 20:10,16,66,80-1; 23:17-8; 26:4-5

Decided with and without request from patient, 15:8

Disclosure, difficulties, 20:82-3; 23:18

Figures, percentage, 3:22-3; 15:12-3; 17:14; 18:125,139, 147; 20:17; 24:18

Practice, clandestine, 4:59-61; 6:42-3; 8:26-7; 9:15, 40-1; 14:15,32; 16:14-5; 18:9,59,81,132,140,144; 19:9; 20:40; 22:18; 25:15

**See also above****Legalization - Statistics**

Undue pressures, guilt, 17:27,34-5,120; 18:52-3,94-5

**See also above****Cases**

Research, proposals, need, 14:79-81; 31:15

Basic information, scientific knowledge, lack, 25:16-7; 29:8

Data, lack, 29:12-3

Fill forms before the act, 26:12

Methods, 14:78-81; 18:92-3; 27:11-2,14-5,19,32; 29:8-9

Criminal prosecution, immunity, anonymous, confidentiality provisions, proposal, effects, 20:64; 25:16-8,20

Hospital records, proposal, 27:12

Surveys, 27:14

Rights and freedom, difference between, 17:36-9; 27:5; 32:6-9

Choosing the time of death and duty to die, 14:19-20,33-4;

15:118-9; 17:33,88; 18:20-1,24,134; 20:23; 32:41,57-8; 33R:1-2,7-8

**See also above****Death**

Individual and society, 18:42,85,109-10; 20:24; 22:52-3;

29:27-31; 32:10,57-8; 33R:2

**See also****Human rights**

Social workers, role, views, 14:103-4,107-8

Society, public, awareness, 24:14-7; 27:21; 28:23; 32:23

Changes, 12:32,77; 15:85,91-2; 16:12,24; 17:16-7,81-2, 102; 18:28-9,81; 33R:12

Education, quality, 18:68-9; 20:47; 26:12; 27:15,41-2; 28:31; 32:56,60; 33R:2,24

Evolution, 23:16

Opinion, 24:14-7; 25:21; 27:21; 28:37; 32:23

State, role, purpose, challenge, 15:97

**See also under****Assisted suicide - Society****Ethics**

Status quo, definition, consequences, 16:24

Suicide, difference between, 22:6

**See also****Suicide**

Terminology, definitions, 28:17; 33R:11-5

**Active euthanasia**

Direct, 20:85-7,93

Indirect, 20:85,93

Passive, comparison, 1:29; 2:21-3; 11:6; 12:78-9; 14:71;

18:40,63,121-5,132-3; 19:4,7,35; 31:5

Assisted suicide, voluntary euthanasia, comparison, 1:54-6; 2:

16-8; 3:11-2; 4:45; 5:32-3; 6:7,58-9; 7:15-6; 11:23-4;

12:7; 18:121,132-3; 28:20,25-6; 31:5; 33R:14

**Euthanasie—Suite****Légalisation, inquiétudes, propositions, effets—Suite****Pays, autres, opinion, comparaison—Suite****Voir aussi**

Allemagne

Australie

Autriche

États-Unis

France

Pays-Bas

Royaume-Uni

Peine de mort, comparaison, 6:56; 18:20; 25:28-9

"Pente glissante", 7:30; 9:12-3; 14:77-8,128-32,137-40;

19:51; 20:9,25,39,59,80; 23:6; 25:15; 27:5-6,53; 29:41; 30:7,13-4,18; 31:6-7,25; 32:59; 33R:58-9

Personnes âgées, 14:68-70; 15:118; 18:51; 32:66

Personnes touchées, consultation, 18:107

Politique publique, contexte, dangers, 15:9-10,97

Populations non consentantes, ramifications, 20:21-2,25-9; 32:45

Présomption légale, 14:127

Principes juridiques en jeu, opinion, 12:6-12; 15:44-7,98

Prise de décision, difficultés, débat public, 19:21-2,39-41,45; 27:12,52; 28:37-8

Problèmes, 18:83; 19:38

Solutions, 15:44-5; 20:61-2

Profession médicale, médecins, rôle, effets, 6:26-7; 8:23-4;

10:34-5; 11:13-4,29; 14:67; 15:88,90-1; 16:5-6,10,17,29; 18:121; 19:58-9; 20:58-8,79; 24:29-30; 27:44;

31:6; 32:7-10,41,46

Anonymat, protection, 27:59

Poursuite, peur, immunité, proposition, 25:16; 28:10,12; 31:35-6

Éthique médicale, conflits, conscience, 19:37,46-7; 20:25, 74,76-7; 25:29; 28:9,13,37-8; 32:7-10

Conflits d'intérêts, 4:38

Peurs, 14:83-4; 32:41,62-3

Faillibilité, confiance, manque, 27:12,58-9

Fardeau, responsabilité, rôle, 22:13

Formation, 18:69

Multidisciplinaire, approche d'équipe, 23:23; 28:18

Opinions, 10:40; 17:111-3; 20:79; 22:16-7; 23:9; 24:29-30; 32:68

Appui limité, 14:31-2; 18:83-4,86; 23:17-8

Opposition, 27:27; 33R:24-5

"Pour et contre", points de vue, 1:39; 23:16

Pouvoirs, 32:32-3

Pratique, étendue, 16:14-5; 19:9

Clandestine, 4:59-61; 8:26-7; 9:15; 14:15,32; 20:40; 22:18

Hésitation, 23:18

Rémunération, 25:12;

Sondages, questionnaires, interprétation, 25:11-3,25-6,28-9

Opposition, données de recherche, 16:7-9,11-2; 17:121; 18:88

Recommandations, suggestions, positions, 3:8-10,14-5;

4:33-5; 5:28-33; 6:14-5,38-9,54; 9:11-2; 10:32-3,35-9, 42-3; 14:12,14,79,96-7; 26:4-10,12; 27:48; 28:20-4;

31:14-36; 32:60-1

Référendums, États-Unis, 6:6,22-3

Régime du système de santé, coûts, inquiétudes, facteur de risque, 15:9; 32:54-5

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25



**Euthanasia—Cont'd**Terminology, definitions—*Cont'd*

Justifiable homicide, criminal negligence, 18:123-4

Palliative care, comparison, 11:17-9; 20:86; 33R:14

Committee recommendations, 33R:ix-xi

"Terminal illness", 6:70; 10:34,36-7

*See also above*

Definitions

Views, 20:35-47

"Why now", reasons, 1:47-8; 4:21,22; 6:7-8,11-2,32,48,56-7;  
7:13; 9:32; 11:28

Will to live, strength, 18:29

**Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS**Ogden, Russel D., Vancouver: Perreault/Goedman Publishing,  
1994, 12:46-7; 14:75; 20:55; 33R:A-19**Euthanasia and Assisted Suicide, Senate Special Committee**

Bibliography, appendix C material received

Articles, 33R:A-20-23

Books, 33R:A-19

Court decisions, 33R:A-24

Government publications, 33R:A-23-4

Unpublished documents, 33R:A-24-5

## Briefs

Appendix B, written submissions received, 33R:A-13-7

Publishing, decision, 15:83

Committee deliberations, report, 33R:23-4,31-2,35,44-5,50,  
69-74,84-8

## Decisions

Fundamental guiding principles, 19:35-6

Importance, 20:22-3,33

Expectations, article in *Winnipeg Free Press*, 17:111-3,118,120Mandate, 8:24; 12:23-5; 14:68; 15:148; 16:24,33-4; 18:58-9,  
61,87-8,131; 27:47; 30:20; 33R:2Meeting *in camera*, 12:3,51; 16:3; 32:3

## Motions and agreements

Agenda and Procedure Subcommittee, composition, 1:4,7

Bulletin of the Committee, appended, 12:4

Election, Chairman, Deputy Chairman, 1:4,6

Final report of the Committee, *Of Life and Death*, 33:3*See also**Of Life and Death*Hearings in Vancouver and Winnipeg, additional Senate staff, if  
required, itinerary, witnesses, statements, time allocation,  
walk-on, 12:3-4

Proceedings, printing, number, 1:4,7

Research officers, assignment, direction, 1:4,8-9

Travelling and living expenses, 1:4-5,9

Keyserlingk, Edward W., 1:5

Vancouver, Winnipeg and Louise Carr of Calgary, 22:4

Videoconference from the Netherlands, October 25, 1994,  
22:3

Witnesses, selection and schedule, 12:4

Orders of reference, 1:3; 33R:v-vi

Organization meeting, 1:6-25

Briefing binder, 1:15-21

Lexicon of terms, definitions, 1:19-20

Hearings, locations, times, 1:10-2,23-5

Public relations, consultants, 1:12-4

Witnesses, 1:21-3

Recommendations, 33R:ix-xi,24,32,36,46,50,74,88-9

Translation, drafting, "assistance au suicide", 12:72

**Euthanasia—Suite**Législation, inquiétudes, propositions, effets—*Suite*Régime du système de santé, coûts, inquiétudes, facteur de  
risque—*Suite**Voir aussi*

Régime du système de santé

Règlements, protocoles, 20:80; 23:22-3

Clarification, besoin, 20:69

Réglementation provisoire, base à une loi appropriée, 15:39

*Voir aussi plus haut*

Conditions

Lignes directrices

Religions, croyances, héritage culturel, conflit, 6:32-3; 15:80-1;  
27:52

Patients catholiques, médecins et hôpitaux, impact, 15:99

*Voir aussi sous*

Religions

Rock, honorable Allan, ministre de la Justice, 31:25-7

Sagesse, 15:9,37,66-7

Société, inquiétudes, impact, 6:8,14; 11:21-3; 25:49-51;  
27:11; 29:31Acte social acceptable, opinion publique, sondages, 15:85,  
91-2; 18:82,96,115; 20:32,75-6; 25:11-2,15; 27:21;  
30:15; 32:23,50-1; 33R:1-2,25

Évolution, 23:16

Mise à mort sociale, notion, acceptation, 15:12-3; 18:43

Protection, progrès de l'humanité, 20:92-4; 24:30-1; 25:50;  
29:34

Valeurs, consensus, 2:25-30; 4:39

*Voir aussi*

Société

Soins palliatifs, impact, effets, 16:37,42-3; 19:37; 20:24;  
23:27-8; 24:30; 32:23; 33R:15,17-24

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25

Sondages, opinion publique, 6:22-3; 16:9,12,14; 17:15-7;  
22:39-40; 32:51; 33R:1

Anonymat, 23:7

Étude, 25:11-2,28

Fiabilité, 16:16; 25:25-6

Interprétation, 25:12-3

Parti réformiste du Canada, 18:88-9; 33R:A-26

Polls, 18:19-20; 22:12; 32:50

*Voir aussi plus haut*

Profession médicale

Statistiques, données, système de rapport, difficulté  
d'implantation, propositions, 18:148; 28:38

Manque, 33R:40-1; 18:146-7; 20:10

## Propositions

Remplir formulaires avant l'acte, 26:12

Tribunaux, 27:57

*Voir aussi plus haut*

Demandes - Statistiques

Tentatives, repères historiques, 17:45-6

Tribunaux, cours de justice, rôle, pouvoirs, 15:44-7; 24:31;  
27:49-50,55-62

Division, 25:27-8

Vie, "caractère sacré de la vie", 6:36; 15:10,58,75-80,86,  
95-6,99,111,136-9; 16:80; 17:116; 18:33,37-9; 19:35;  
20:59; 27:60; 31:9-11; 32:58; 33R:19*Voir aussi sous*

Code criminel

Pays-Bas

Légitimité, 15:9,98; 17:18

Liberté individuelle, respect, 17:26; 24:30



# **Euthanasia and Assisted Suicide, Senate Special Committee—Cont'd**

## **Witnesses**

- Appearance, risks, immunity, 18:24-9,59
- Appendix A, 33R:A-1-12

# **Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life**

- Van der Maas, Paul J., *The Lancet*, 17:6-7,21,23; 33R:A-20

# **Evangelical Fellowship of Canada**

- Background information, 16:57
- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:59-74; 33R:78,A-6
- Ending the Journey*, video, 15:58
- Walking Together in the Shadow of Death*, brief, 15:57-8,62

# **Evans, Ruth, United Church of Canada**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 27:29,38-45

# **Exit Movement**

- References, 13:8,25

# **Exner, Adam, Archdiocese of Vancouver**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:95-108

# **Falardeau, Maurice, Quebec Association of Palliative Care**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 24:4-5,9-14,16-20; 33R:A-20

# **Familles**

## *See under*

- AIDS patients
- Assisted suicide
- Terminally ill persons - Patients

# **Family Planning Association**

- Doctor, refusing to take part, 16:79

# **Family Practice**

- Van der Wal, Gerrit, June 1992, 21:62

# **Farnand, Maureen, Canadian Nurses for Life**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 8:18,21,26

# **Favang, Leroy, Canadian Pharmaceutical Association**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 23:19-21,24-5

# **Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée**

- Background information, 32:37-8,47
- Euthanasia and assisted suicide, study, 32:39-46,48-52; 33R:29,83-4,A-6

# **Fehr, Dolores, Catholic Women's League of Canada**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 17:117-9

# **Ferguson, Gordon, New Brunswick Extra-Mural Hospital Association**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 20:48-54; 33R:22-3
- Reference, 24:28

# **Filiatrault, Robert, Carrefour des chrétiens du Québec pour la Santé**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 20:84-7,91-4

# **Euthanasia—Suite**

- Lois interdisant, aucun pouvoir de modifier, 15:6
- Médecine, rôle, remise en cause, 15:95-7,99; 16:6-11,66-7; 29:21,41; 32:7-10

- Médias, rôle, 18:28-9,38; 31:15; 32:35; 33R:1
- Interprétation, effets, 25:36; 27:42; 28:28-9,31

## *Voir aussi*

- Profession médicale

## **Mort**

- Causalité et culpabilité, 18:64
- "Dying mid-wives", 19:46
- "Mourir dans la dignité", points de vue, 8:11-2; 9:17-8; 15:61, 76; 17:26-7,44,88; 18:34,41,109,133-4; 20:23,75-6; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2,62
- Lignes directrices, exemple, 7:31-3,43-5; 27:37
- Perte, 14:152
- Prise de décision en équipe pour retirer le traitement, 23:41-2
- Nutrition et hydratation, 8:17-8; 9:29-30
- Voir aussi plus haut*

## **Droits**

## *Voir aussi*

## **Mort**

- Moyens héroïques, religions, positions, 1:53-4; 15:77
- Mythes, 4:7-8
- "Ne pas réanimer", patients classés, directives préalables, 18:137-8,143-4; 32:56-7,63; 33R:15,47
- Opinion publique, 11:28-9; 12:77; 13:20,22; 17:81-2; 30:18
- Positions, 7:16; 16:19; 19:20-2; 25:14; 27:53-4; 31:28; 32:46-9
- Sondages, interprétation, problèmes, 25:12-3; 30:15; 32:50
- Origines, historique, 15:113-4
- Passive, 12:23
- Pays, comparaison, 33R:A-153-78
- Voir aussi plus haut*
- Légalisation
- Peine capitale, 15:82
- Personnes handicapées et invalides
- Nouveaux-nés handicapés, meurtre médical, 15:109-10; 27:7; 33R:4
- Syndrome de Down, 28:27
- Voir aussi plus haut*
- Légalisation - Personnes handicapées et invalides
- Voir aussi*
- Personnes handicapées et invalides
- "Pourquoi maintenant", raisons, 1:47-8; 4:21,22; 6:7-8,11-2, 32,48,56-7; 7:13; 9:32; 11:28
- Pratique clandestine, 4:36,41-2,59-61; 6:41-3; 7:24-5; 8:26-7, 32; 9:15,34,37,40-1; 13:9; 14:15,32-3,65,86,101-2,123, 127; 16:14-5; 18:9,59,81,132,140,144; 19:9; 20:40; 22:18; 25:15
- "Euthanasia by installments", opinion, 7:12,13-4
- Preuve, 18:9,132; 29:49
- Soins de longue durée, facteur économique, 18:148-9
- Statistiques, manque, 9:40-1; 18:9,59,81,132,140,144; 20:82-3; 22:18
- Principes, règles ou lignes directrices, 17:26,39-41; 32:42,58-60
- Voir aussi plus haut*
- Légalisation - Lignes directrices
- Problématique, importance, facteurs, 19:32-3
- Protocoles, référence, 2:8-9
- Recherches, besoin, 14:79-81; 31:15
- Données scientifiques, manque, 20:40-2; 25:15-7; 29:8, 12-3

***Final Exit: The Practicalities of Self-deliverance and Assisted Suicide for the Dying***

Humphrey, Derek, Oregon: Hemlock Society, 1991, references, 12:31; 15:27-8; 22:53; 33R:A-19,A-134

**First Nations**

See

Aboriginal peoples

**Fleming, John I., Southern Cross Bioethics Institute, Plymton, Australia**

Unpublished paper, quotes, 15:6-7

***Fleming v. Reid, case***

See under

Euthanasia - Legal decisions

**Floyd, Audrey, Surrey, British Columbia**

Written submission, 33R:A-14

**Floyd, Rosalie, Penticton, British Columbia**

Written submission, 33R:A-14

**Focus on the Family Association**

Background information, role, activities, 15:140,143

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:141-7; 33R:A-6

**Foley, Julie (Personal presentation)**

Biographical notes, 4:24

Euthanasia and assisted suicide, study, 4:25-32,61-2; 33R:A-6

**Fondation (La) Lise T.**

Written submission, 33R:A-14

**Fondation Responsable jusqu'à la fin**

Background information, 4:32-3

**France**

Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-157-80

Other countries, comparison, 21:30-2

**Frankl, Viktor**

*Man's search for meaning*, reference, 5:41

**Freedom of choice**

See under

Rights and freedom

Patients - Rights and freedom

**Fuller, Judith, Nova Scotia Palliative Care Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 23:30-9

**Fulton, Jane M.**

*Health Care in Canada: a Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ralph W. Sutherland, Ottawa, The Health Group, 1988, 28:19; 33R:A-23

**Gairdner, William**

*War (The) Against The Family: A Parent Speaks Out on the Political, Economic and Social Policies That Threaten Us All*, Toronto: Stoddart, 1992, 8:13; 33R:A-19

**Euthanasie—Suite**

Recherches, besoin—Suite

Méthodes, 14:78-81; 18:92-3; 27:11-2,14-5,19,32; 29:8-9; Dossiers hospitaliers, 27:12

Poursuites judiciaires, immunité, dispositions confidentiel, anonymat, proposition, 20:64; 25:16-8,20

Sondages, 25:18-9; 27:14

Société, public, sensibilisation, 24:14-7; 27:21; 32:23; 33R:1-2

Changement, 12:32,77; 15:85,91-2; 16:12,24; 17:16-7,81-2, 102; 18:28-9,81

Éducation, qualité, 18:68-9; 20:47; 26:12; 27:15,41-2; 32:56, 60; 33R:2,25,32-3

État, rôle, raison d'être, défi, 15:97

Évolution, 23:16

Opinion, 24:14-7; 25:21; 27:21; 28:37; 32:23

Voir aussi

Éthique

Statu quo, définition, conséquences, 16:24

Système de bracelets verts, 15:22,34-5

Terminologie, 28:17; 33R:11-6

Aide au suicide, euthanasie volontaire, comparaison, 1:54-6; 2: 16-8; 3:11-2; 4:45; 5:32-3; 6:7,58-9; 7:15-6; 11:23-4; 12: 7; 18:121,132-3; 28:20,25-6

Euthanasie active

Directe, 20:85-7,93

Indirecte, 20:85,93

Passive, comparaison, 1:29; 2:21-3; 11:6; 12:78-9; 14:71; 18:40,63,121-5,132-3; 19:4,7,35

Homicide justifiable, négligence criminelle, 18:123-4

"Malade en phase terminale", 6:70; 10:34,36-7

Soins palliatifs, comparaison, 11:17-9; 20:86; 33R:15

Voir aussi plus haut

Définitions

Traités internationaux, interprétations, conclusions, 15:10-1,17

Travailleurs sociaux, rôle, 14:103-4,107-8

Vie humaine, valeurs, protection, 15:7,58-9,80; 18:62,133;

20:21-2; 30:18; 33R:19

Désir de vivre, force, 18:29

Dignité inviolable, respect, 15:95; 17:116; 18:28-9,40-1;

19:37; 20:25; 32:7-9,18,41,51-2,58

Prix, 18:97-8,100

**Euthanasie et suicide assisté, Comité sénatorial spécial**

Attentes, article du *Winnipeg Free Press*, 17:111-3,118,120

Bibliographie, annexe C, documentation fournie

Articles, 33R:A-20-3

Décisions judiciaires, 33R:A-24-5

Documents inédits, 33R:A-25-6

Livres, 33R:A-19-20

Publications gouvernementales, 33R:A-23-4

Décisions

Importance, 20:22-3,33

Principes directeurs fondamentaux, 19:35-6

Délibérations du Comité, rapport, 33R:24-5,33-4,37-8,46-7,52, 71-6,86-90

Mandat, 8:24; 12:23-5; 14:68; 15:148; 16:24,33-4; 18:58-9, 61,87-8,131; 27:47; 30:20; 33R:2

Mémoires

Annexe B, mémoires présentés, 33R:A-13-7

Publication, décision, 15:83

Motions et conventions

Attachés de recherche, assignation, supervision, 1:4,8-9



**Gal, Nachum, case**

See under

Euthanasia - Legal decisions

**Gasper, Gabrielle, Right to Die Society of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 25:44-5,47-50

**Gasper, Peter, case**

See under

Assisted suicide - Legal decisions

**Gear, Emily, Hospice of All Saints**

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:54-7,60-4

**Gentle (A) Death**Séguin, Marilynne, Toronto: Key Porter Books, 1994, 7:35;  
33R:A-19**Gentles, Ian, Human Life Research Institute, Toronto**

Euthanasia, dangers, article, quote, 18:43

**Gerk, Ted, Kelowna Right to Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:6-12,16-8

**German Council of Self-Determined Living**

Disabled and handicapped people, euthanasia, history, 18:140-1

**Germany**

Disabled and handicapped people, eugenics ideology, 18:99-100

Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-164-9

Guidelines, regulations, effects, 27:19

Historical background, 17:45; 18:140-1

Nazi era, background, experience, 1:38; 7:5; 8:16-7,39,42; 11:  
12; 14:47,57,87; 17:88; 18:99,141

Netherlands, comparison, 6:11; 21:31-2

On the Destruction of Life Devoid of Meaning, impact, 17:94

**Gervais, Marcel, Canadian Conference of Catholic Bishops**

Euthanasia and assisted suicide, study, 22:43-5,47-8,51,55

**Gifford, Brian, Halifax, Nova Scotia**

Written submission, 33R:A-14

**GIGANTES, Hon. Philippe Deane, Senator**

Euthanasia and assisted suicide, study

Advance directives, 1:43-4

Depression, 1:52

Mental competence, 1:45

Nancy B. case, 1:30

Physician-assisted suicide, Liberal Party, survey, 6:22

Suicide, legality, 6:18-20

"Useless", therapeutically, 1:53

Organization meeting, 1:10-4,16-20

**Girard, Claude, Montreal, Quebec**

Written submission, 33R:A-14

**Glazer, Christine, Saskatoon, Saskatchewan**

Written submission, 33R:A-14

**Globe (The) and Mail, Toronto, Ontario**

Krickhahn, Erwin, reference, 25:37

**Euthanasie et suicide assisté, Comité sénatorial spécial—Suite**

Motions et conventions—Suite

Audiences à Vancouver et Winnipeg

Itinéraire, 12:3

Personnel additionnel du Sénat si requis, 12:4

Témoins, exposé, limites de temps, 12:4

Témoins impromptus, 12:4

Bulletin du Comité, annexé aux délibérations, 12:4

Délibérations, impression, nombre, 1:4,7

Frais de déplacement et de séjour, 1:4-5,9

Keyserling, Edward W., 1:5

Vancouver, Winnipeg et Louise Carr de Calgary, 22:4

Vidéoconférence en provenance des Pays-Bas, 25 octobre  
1994, 22:3

Président, élection, 1:4,6

Programme et procédure, sous-comité, composition, 1:4,7

Rapport final du Comité, *De la vie et de la mort*, 33:3

Voir aussi

Rapport au sénat - *De la vie et de la mort*

Témoins, choix, calendrier, 12:4

Vice-président, élection, 1:4,6

Ordre de renvoi, 1:3; 33R:v-vi

Recommandations, 33R:ix-xi,25,34,38,48,52,76,91-2

Réunion à huis clos, 12:3,51; 16:3; 32:3

Réunion d'organisation, 1:6-25

Audiences, localités, moments, 1:10-2,23-5

Relations publiques, conseillers de l'extérieur, 1:12-4

Témoins, 1:21-3

Trousse d'information, 1:15-21

Lexique de terminologie, définitions, 1:19-20

Témoins

Annexe A, 33R:A-1-12

Comparution, risques, immunité, 18:25-9,59

Traduction, rédaction, "assistance au suicide", 12:72

**Evangelical Fellowship of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:59-74; 33R:80,A-6

Ending the Journey, vidéo, 15:58

Passer un ravin de ténèbres, mémoire, 15:57-8,62

Information de base, 15:57

**Evans, Ruth, Église unie du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 27:29,38-45

**Evêques catholiques de l'Angleterre et du Pays de Galles**

Références, 28:4,13

**Evêques de l'Église anglicane d'Angleterre**

Références, 28:4,13

**Evêques de l'Église anglicane du Canada**

Référence, 28:4

**Exit (L') final**Humphrey, Derek, Oregon: Hemlock Society, 1991, références,  
12:31; 15:27-8; 22:53; 33R:A-136**Exit Mouvement**

Références, 13:8,25

**Exner, Adam, Archdiocèse de Vancouver**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:95-108



- God**  
*See under*  
 Religions - Spirituality  
 Terminally ill persons - Patients
- Golden, David, Toronto, Ontario**  
 Written submission, 33R:A-14
- Goldstone, Irene, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 16:80-1; 33R:A-20,A-25
- Goodbye - A Right-to-Die Society**  
 Background information, 15:19  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 15:18,20-38; 33R:A-6
- Goodwin, Terry, Canadian AIDS Society**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, *in camera*, 12:3,39; 33R:A-10
- Gordon, James (Personal presentation)**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 27:5-22; 33R:17-8,33, A-6
- Government**  
*See under*  
 Euthanasia - Legalization - Parliament
- Graff, Peter, case**  
*See under*  
 Euthanasia - Legal decisions
- GRAFSTEIN, Hon. Jeremiah S., Senator**  
 Euthanasia and assisted suicide, study  
 Clandestine euthanasia, 4:41-2  
 Criminal Code, 31:32-4  
 Hippocratic oath, 4:23-4  
 Justice, meaning, 4:16-8  
 Patients, rights, 4:19  
 Social workers, role, 4:29-31
- Grant, Sydney G., Fredericton, New Brunswick**  
 Written submission, 33R:A-14,A-106-7
- Great Britain**  
*See*  
 United Kingdom
- Green, Betty, Pro-Life Society of British Columbia**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 15:6,10,12-7
- Green, James (Personal presentation)**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 16:79-80; 33R:A-6
- Grenz, Stanley, Evangelical Fellowship of Canada**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 15:59-60
- Griffith, George (Personal presentation)**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 16:81-2; 33R:A-6
- Grygier, Tadeusz, Aylmer, Quebec**  
 Written submission, 33R:A-14
- Falardeau, Maurice, Association québécoise des soins palliatifs**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 24:4-5,9-14,16-20; 33R:A-20
- Familles**  
*Voir sous*  
 Aide au suicide  
 Personnes en phase terminale  
 Sidéens, patients
- Family Planning Association**  
 Médecins, refus de participer, 16:79
- Family Practice**  
 Van der Wal, Gerrit, juin 1992, 21:82
- Farnand, Maureen, Canadian Nurses for Life**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:18,21,26
- Favang, Leroy, Association pharmaceutique canadienne**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:19-21,24-5
- Fédération mondiale des médecins pour le respect de la vie humaine**  
 Références, 8:6-7; 33R:44
- Fédération mondiale des sociétés sur le droit de mourir**  
 Références, activités, 4:33; 8:7
- Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:39-46,48-52; 33R:31-2, 86,A-6  
 Information de base, 32:37-8,47
- Fehr, Dolores, Catholic Women's League of Canada**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:117-9
- Ferguson, Gordon, Association de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:48-54; 33R:23  
 Référence, 24:28
- Fibrose kystique**  
 Maladies, 27:32,38,46
- Fillatrault, Robert, Carrefour des chrétiens du Québec**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:84-7,91-4
- Final Exit**  
*Voir*  
 Exit (L') final
- Fleming, John I., Southern Cross Bioethics Institute, Plymton, Australia**  
 Document inédit, extraits, 15:6-7
- Fleming c. Reid, affaire**  
*Voir sous*  
 Euthanasie - Décisions judiciaires
- Floyd, Audrey, Surrey, Colombie-Britannique**  
 Mémoire présenté, 33R:A-14

- Gualtieri, Antonio R., Ottawa, Ontario**  
Written submission, 33R:A-14
- Guillain-Barré syndrome**  
Reference, 33R:1
- Gunning, Karel, Alliance for Life**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:87-100; 33R:A-122, A-139-40
- HAIDASZ, Hon. Stanley, Senator**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 25:22-3
- Hall, Kevin, Canadian Pharmaceutical Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 23:21-9; 33R:61
- Halton Pro-Life**  
Written submission, 33R:A-15
- Hamilton, Ontario**  
*See under*  
Ontario - Euthanasia - Legal decisions
- Hammell, Nora, Canadian Nurses Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 19:9-10,14-6
- Handicapped and disabled**  
*See*  
Disabled and handicapped people
- Hanks, Geoffrey W.C.**  
*Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Derek Doyle and Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993,26:16; 30:18; 33R:A-19
- Harder, Helmut, Conference of Mennonites of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:108,115-6,118
- Harpur, Tom, Richmond Hill, Ontario**  
Written submission, 33R:A-15
- Harris, Steve, Canadian AIDS Society**  
Euthanasia and assisted suicide, study, *in camera*, 12:3,39; 33R:A-10
- Harrison, C. P.**  
*Canadian Medical Association Journal*, quotation, 7:10
- Harvey, Alison, Canadian Unitarian Council**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:59-61
- Hays, Helen, Catholic Health Association of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:144-6,155-6,158; 33R:A-15
- Health and Welfare Department**  
*See*  
Health Department
- Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services**  
Sutherland, Ralph W. and Jane M. Fulton, Ottawa, The Health Group, 1988, 28:19; 33R:A-23
- Floyd, Rosalie, Penticton, Colombie-Britannique**  
Mémoire présenté, 33R:A-14
- Focus on the Family Association**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:141-7; 33R:A-6  
Information de base, rôle, activités, 15:140,143
- Foley, Julie (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:25-32,61-2; 33R:A-6  
Notes biographiques, 4:24
- Fondation (La) Lise T.**  
Mémoire présenté, 33R:A-14
- Fondation Responsable jusqu'à la fin**  
Information de base, 4:32-3
- Formule Rand**  
*Voir*  
Ontario
- Foyers de retraites**  
*Voir*  
Soins de longue durée
- Foyers de soins, réseau**  
*Voir*  
Soins de longue durée
- France**  
Euthanasie et aide au suicide, 33R:A-162-4  
Autres pays, comparaison, 21:30-2
- Frankl, Viktor**  
*Man's search for meaning*, référence, 5:41
- Frères chrétiens**  
*Voir*  
Christian Brethren
- Fuller, Judith, Association des soins palliatifs de la Nouvelle-Écosse**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:30-9
- Fulton, Jane M.**  
*Health Care in Canada: a Description and Analysis of Canadian Health Services*, Ralph Sutherland, Ottawa, The Health Group, 1988, 28:19; 33R:A-23
- Gairdner, William**  
*War (The) Against The Family: A Parent Speaks Out on the Political, Economic and Social Policies That Threaten Us All*, Toronto: Stoddart, 1992, 8:13; 33R:A-19
- Gal, Nachum, affaire**  
*Voir sous*  
Euthanasie - Décisions judiciaires
- Gaspar, Gabrielle, Right to Die Society of Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:44-5,47-50
- Gaspar, Peter, affaire**  
*Voir sous*  
Aide au suicide - Décisions judiciaires

**Health care system**

- Committee recommendations, 33R:ix-xi
- Consumer, patients, changing role, impact, 19:18-9,27-8; 28:14-5
- Costs, 12:19
- Cutbacks and restructuring, impact, 17:78; 32:54-5
  - Funding, 10:21-2
- Diagnosis, prognosis, 29:6
- Euthanasia
  - Institutions, extent of practice, 16:14-5; 31:6
  - Management, evolution, effects, 16:66-7; 32:54-5
  - Workers, society's obligation, 17:27-8,34-5
- See also*
  - Euthanasia - Legalization - Health care system
- Expensive therapies, distinction by age, 15:16-7; 27:7; 32:54-5; 33R:8
- Minister of Health, role, 31:24
- Palliative care, impact, 15:125-6; 17:63-4; 19:28; 33R:14,17-8, 20-1,A-93-4
  - Committee recommendations, 33R:ix-xi,24
  - Home care services, proposals, 23:22; 32:56; 33R:6-7,22-4
  - Patients, costs, coverage, 17:70; 23:38
  - Schedule of Benefits, Physician Services, discrepancies, 20:72-3; 26:20-1,23-4; 33R:19
- Purpose, objectives, 15:75
- Quality, 18:30
- Questions of values, meaning and purpose, working out, 18:62
- Seniors, concerns, 14:114; 27:7; 32:54-5; 33R:8
- Single-tiered system, 17:68
- See also*
  - Provinces

**Health Department**

- Committee, report
  - Chronology, 33R:A-28
  - Government publications, 33R:A-23
  - Recommendations, 33R:ix-xi
- Euthanasia and assisted suicide, study, 29:4-19; 33R:A-5
- Palliative care, 30:19
  - Committee recommendations, 33R:ix-xi,24
  - Palliative Care Services Guidelines*, proposal, 29:14; 33R:23
- Role, discussion, 29:16-9; 30:19
  - Minister, 31:24
- See also*
  - Health care system

**Health Law Institute, Dalhousie University**

- See*
  - Dalhousie University, Health Law Institute

**Heintz, A.P.M., Doctor, Academic Hospital, Heidelberglaan, Netherlands**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 21:16-7,28,38; 33R:A-12,A-121,A-133

**Henderson General Hospital**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 4:5-24; 33R:5-7,18-9, 21,26,48,57-9,80,A-6

**Henteleff, Paul, Canadian Palliative Care Association**

- Biographical notes, 5:4; 33R:A-21
- Euthanasia and assisted suicide, study, 5:5,8-18; 33R:30,A-105

**Gear, Emily, Hospice of All Saints**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:54-7,60-4

**Gentle (A) Death**

- Séguin, Marilynne, Toronto: Key Porter Books, 1994, 7:35; 33R:A-19

**Gentles, Ian, Human Life Research Institute, Toronto**

- Euthanasie, dangers, article, citation, 18:43

**Gerk, Ted, Kelowna Right to Life**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:6-12,16-8

**German Council of Self-Determined Living**

- Handicapés et invalides, euthanasie, historique, 18:140-1

**Gervais, Marcel, Conférence des évêques catholiques du Canada**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:43-5,47-8,51,55

**Gifford, Brian, Halifax, Nouvelle-Écosse**

- Mémoire présenté, 33R:A-14

**GIGANTES, honorable Philippe Deane, sénateur**

- Euthanasie et aide au suicide, étude
  - Aide au suicide, par un médecin, parti libéral, sondage, 6:22
  - Dépression, 1:52
  - Directives préalables, 1:43-4
  - "Inutile", traitement thérapeutique, 1:53
  - Lucidité, 1:45
  - Nancy B., affaire, 1:30
  - Suicide, légalité, 6:18-20
  - Réunion d'organisation, 1:10-4,16-20

**Girard, Claude, Montréal, Québec**

- Mémoire présenté, 33R:A-14

**Glezer, Christine, Saskatoon, Saskatchewan**

- Mémoire présenté, 33R:A-14

**Globe (The) and Mail, Toronto, Ontario**

- Krickhahn, Erwin, référence, 26:37

**Golden, David, Toronto, Ontario**

- Mémoire présenté, 33R:A-14

**Goldstone, Irene, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:80-1; 33R:A-20,A-25

**Goodbye - A Right-to-Die Society**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:18,20-38; 33R:A-6
- Information de base, 15:19

**Goodwin, Terry, Société canadienne du SIDA**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, à huis clos, 12:3,39; 33R:A-10

**Gordon, James (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 27:5-22; 33R:17-8,35,A-6

**Gouvernement**

- Voir sous*
  - Euthanasie - Légalisation - Parlement



**Herkel, Gerald J., Catholic Health Association of British Columbia**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:142

## **Heroin**

*See under*  
Drugs and pharmaceutical products

**Heron, Claire, Catholic Women's League of Canada**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:115-6,118-9

**Hiebert, Gerald, Catholic Health Association of Canada**  
Biographical notes, 14:142  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:143-4; 33R:A-99

## **Hippocratic Oath**

*See under*  
Medical profession - Doctors

## **HIV**

*See under*  
AIDS

## **Hubbs, Lisa Birnie**

*Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*, Sue Rodriguez, Macmillan, 1994, 14:34-5; 15:111; 33R:A-19

## **Hofess, John, Right to Die Society of Canada**

Biographical notes, 25:46-7  
Euthanasia and assisted suicide, study, 25:33-45,48-51  
*Last Rights*, editor, 25:32

## **Holland**

*See*  
Netherlands

## **Home care services**

*See under*  
Palliative care - Home care services

## **Homicide**

*See under*  
Criminal Code - Murder

## **Homosexuals**

Reference, 15:106

## **Horgan, John, Catholic Health Association of British Columbia**

Biographical notes, 14:142  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:146-57; 33R:61

## **Horgan, Philip H., Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:5-6,16-7,20-1,23-4;  
33R:A-97

## **Hospice of All Saints**

Background information, 12:51-2  
Euthanasia and assisted suicide, study, 12:53-63; 33R:A-6  
Reference, 28:5

## **Hospice services**

*See under*  
Long term care

## **Graff, Peter, affaire**

*Voir sous*  
Euthanasie - Décisions judiciaires

## **GRAFSTEIN, honorable Jeremiah S., sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude  
Code criminel, 31:32-4  
Euthanasie clandestine, 4:41-2  
Justice, signification, 4:16-8  
Patients, droits, 4:19  
Serment d'Hippocrate, 4:23-4  
Travailleurs sociaux, rôle, 4:29-31

## **Grande-Bretagne**

*Voir*  
Royaume-Uni

## **Grandeur et misère de la modernité**

Taylor, Charles, 1991, 22:53

## **Grant, Sydney G., Fredericton, Nouveau-Brunswick**

Mémoire présenté, 33R:A-15,A-108

## **Green, Betty, Pro-Life Society of British Columbia**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:6,10,12-7

## **Green, James (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:79-80; 33R:A-6

## **Grenz, Stanley, Evangelical Fellowship of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:59-80

## **Griffith, George (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:81-2; 33R:A-6

## **Groupe de travail de l'État de New York sur la vie et le droit, mai 1994**

*Lorsque la mort est demandée: l'aide au suicide et l'euthanasie dans le contexte médical*, références, 8:36,45; 12:10; 15:9-10,97; 18:32; 31:15; 33R:A-114-8

## **Groupes pro-vie**

*Voir sous*  
Avortement - Euthanasie et aide au suicide

## **Grygier, Tadeusz, Aymer, Québec**

Mémoire présenté, 33R:A-15

## **Gualtieri, Antonio R., Ottawa, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-14

## **Guillain-Barré, syndrome**

Référence, 33R:1

## **Gunning, Karel, Alliance pour la vie**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:87-100; 33R:A-124, A-142

## **HAIDASZ, honorable Stanley, sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:22-3

## **Hall, Kevin, Association pharmaceutique canadienne**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:21-9; 33R:63

**Hospitals**

- Admissions, comparison to other countries, 9:40
- AIDS, attitudes, 12:36; 19:27; 32:16
- Deaths, 9:32,40; 10:22; 33R:6-7
- Decision to withdraw treatment, developments, concerns, 9:34-5
- Guidelines, proposal, 27:35-7; 32:42
- Euthanasia, 19:19-31
  - Advance directives, 28:11; 29:53; 32:43-4,56-7, 60,63; 33R:15,45,47-9
  - Committee recommendations, 33R:ix-xi,50
  - Definitions, 19:35,43
  - Education, training, 22:19; 32:56,60; 33R:2,20-1,24,30
  - Ethical committees, 16:15; 20:90; 22:19; 29:31; 32:43-4
  - Guidelines, safeguards, 16:15-7; 32:58-60
  - Policies, evolution, 16:66-7
- Funding, 10:20-1
- Historical purpose, 3:22
- Palliative care, 33R:14,17-24
  - AIDS patient, 32:16
  - Care centres, 32:46-9
  - Costs, funding, problems, 9:38; 19:19
  - Health care system, restructuring, 17:56-7,68-9; 32:54-5
  - Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
  - Program, 16:38-41,46-8,80-1
- Patient self determination, recognition, 9:33; 33R:7-8
- System of checks and balances, concerns, 9:43
- See also*
  - Nursing homes
  - Palliative care

**House, Susan (Personal presentation)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:132-3; 33R:A-6

**House of Lords Select Committee on Medical Ethics**

- Report, 4:56; 5:16,32-3; 6:12; 8:36; 12:8,10; 14:17-8,35; 15:92,97; 21:26; 22:48-9,51-2,54-5; 24:26-7; 28:4-5,8-9, 13,23,31; 30:6-7,15; 31:15; 33R:A-111-2,A-121,A-149-50, A-152
- Bland, case, 31:20

**How We Die: Reflections on Life's Final Chapter**

- Nuland, Sherwin B., New York: Knopf, 1994, references, 10:24; 11:22,29; 33R:A-19

**Howell, Barbara, case**

- See under*
  - Euthanasia - Legal decisions

**Hui, Edwin, Evangelical Fellowship of Canada**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:64-9,71-4

**Human Life Research Institute**

- Written submission, 33R:A-15

**Human rights**

- See under*
  - Rights and freedom

**Human Rights Commission**

- Reference, 23:48-9

**Humanist Association of Canada**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 8:63-72; 33R:A-6,A-55

**Halton Pro-Life**

- Mémoire présenté, 33R:A-15

**Hamilton, Ontario**

- Voir sous*
  - Ontario - Euthanasie - Décisions judiciaires

**Hammell, Nora, Association des infirmières et infirmiers du Canada**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:9-10,14-6

**Handicapés et invalides**

- Voir*
  - Personnes handicapées et invalides

**Hanks, Geoffrey W.C.**

- Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Derek Doyle et Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993, 26:16; 30:18; 33R:A-19

**Harder, Helmut, Conference of Mennonites of Canada**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:108,115-6,118

**Harpur, Tom, Richmond Hill, Ontario**

- Mémoire présenté, 33R:A-15

**Harris, Steve, Société canadienne du SIDA**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, à huis clos, 12:3,39; 33R:A-10

**Harrison, C. P.**

- Journal de l'Association médicale canadienne*, citation, 7:10

**Harvey, Alison, Conseil unitarien du Canada**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:59-61,

**Hays, Helen, Association catholique canadienne de la santé**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:144-6,155-6,158; 33R:A-15

**Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services**

- Sutherland, Ralph W. et Jane M. Fulton, Ottawa, The Health Group, 1988, 28:19; 33R:A-23

**Health Law Institute, Dalhousie University**

- Voir*
  - Dalhousie University, Health Law Institute

**Heintz, A.P.M., médecin, Hôpital académique, Heidelberglaan, Pays-Bas**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:16-7,28,38; 33R:A-12, A-123,A-135

**Henderson General Hospital**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:5-24; 33R:5-7,18-9,21, 28,50,59-61,82,A-6

**Henteleff, Paul, Association canadienne des soins palliatifs**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:5,8-18; 33R:32-3,A-107
- Notes biographiques, 5:4; 33R:A-21

**Herkel, Gerald J., Catholic Health Association of British Columbia**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:142

**Humphry, Derek**

*Final Exit: The Practicalities of Self Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Oregon: Hemlock Society, 1991, 12:31; 15:27-8; 22:53; 33R:A-19,A-134

Reference, 28:20

*Self-deliverance from an End-stage Terminal Illness by Use of a Plastic Bag*, 25:38,40

**Hutchison, Robert, author**

Reference, 32:52

***I Don't Know What To Say***

Buckman, Robert, book, 26:11

**Independent Living Resource Centre**

Reference, 18:95

**India**

Birth control, 30:7

**Individualist**

*See under*

Rights and freedom - Individual

**Infants Act**

*See under*

British Columbia

***Institute of Medical Ethics Working Party***

*See under*

British Medical Association

**Institutions**

*See*

Hospitals

**International Covenants**

Euthanasia, interpretation, 15:10-1

**International Federation of Doctors who Respect Human Life**

*See*

World Federation of Doctors who Respect Human Life

**Islamic**

*See under*

Religions

**Island Hospice Association**

Written submission, 33R:A-15

**Izaak Walton Killam Hospital for Children**

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:20-33; 33R:A-7

**Janzen, Jake, Niagara Community Impact Committee**

Euthanasia and assisted suicide, study, 31:4-9,11,13-4

**Jeffs, Jakki, Alliance for Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:42-7,53; 33R:29

**Johnson, Andrew (Personal presentation)**

Biographical notes, 14:109-10

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:111-7; 33R:A-7

**Héroïne**

*Voir sous*

Drogues et produits pharmaceutiques

**Heron, Claire, Catholic Women's League of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:115-6,118-9

**Hiebert, Gerald, Association catholique canadienne de la santé**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:143-4; 33R:A-99

Notes biographiques, 14:142

**Hippocrate, serment**

*Voir sous*

Profession médicale - médecins

**Hobbs, Lisa Birnie**

*Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*, Sue Rodriguez, Macmillan, Toronto, 1994, références, 14:34-5; 15:111; 33R:A-19

**Hofsess, John, Right to Die Society of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:33-45,48-51

*Last Rights*, éditeur, 25:32

Notes biographiques, 25:46-7

**Hollande**

*Voir*

Pays-Bas

**Homicide**

*Voir sous*

Code criminel - Meurtre

**Homosexuels**

Référence, 15:106

**Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:48-54; 33R:23,A-8, A-107-8

**Hôpital Royal Victoria, Montréal, Québec**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:27-42; 6:27-47,55; 33R:6,18,20,35-6,46,66,71-2,A-6,A-7

Références, 27:13,16,19; 28:18,28; 29:33

**Hôpitaux**

Admissions, comparaison avec d'autres pays, 9:40

Autodétermination chez les patients, reconnaissance, 9:33

Décès, 9:32,40; 10:22

Décision d'interrompre les traitements, développements, inquiétudes, 9:34-5

Euthanasie, 19:19-31

Comités d'éthique, 20:90; 22:19; 29:31; 32:43-4

Définitions, 19:35,43

Directives préalables, 28:11; 29:53; 32:43-4,56-7,60,63; 33R:15,45,47-9

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,50

Éducation, formation, 22:19; 32:56,60; 33R:2,32-3

Lignes directrices, 16:15-7; 32:58-60

Politiques, évolution, 16:66-7

Financement, 10:20-1

Historique, but, 3:22

SIDA, attitudes, 12:36; 19:27; 32:16

Soins et services, qualité, engagement, 19:38



**JOHNSON, Hon. Janis, Senator**

Organization meeting, 1:12-3

**Johnston, Willard P., Canadian Physicians for Life**

Biographical notes, 14:21

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:27-8,31,34,36,38, 40-1; 33R:57,A-97

**Joint Statement on Resuscitative Interventions**

Canadian Medical Association and the Catholic Health Association of Canada, 25:5-7,10

**Journal of American Geriatrics Society**

Singer, Peter A., 33R:A-22

**Journal of Contemporary Health and Law Policy**

Sommerville, Margaret, *The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia*, 18:45-6,49; 33R:A-23

**Journal of General Internal Medicine**

Singer, Peter A., 33R:A-22

**Journal of Medical Ethics**

Reference, 21:37

**Journal of Palliative Care**

Articles, 33R:A-20-3

Downing, Michael G., *Global Exchange*, 11:15; 33R:A-20

Ogden, Russel D., *Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?*, 14:76-7; 15:29; 33R:A-22

**Journal of the American Psychiatric Association**

Reference, 18:141

**Judaism**

See under

Religions

**Juneau, André, Health Department**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:16-7

**Justice Department**

Role, discussion, 31:26

See also under

Rock, Hon. Allan, Minister of Justice

**Kanata Pentecostal Church**

Written submission, 33R:A-15

**Kass, Leon R.**

Article for *Commentary*, quotation, 8:14

**Kay, Dennis**

*Laugh, I Thought I'd Die: My Life With ALS*, Toronto: Viking, 1994, references, 14:73; 33R:A-19

**Keirstead, Paula, Council of Canadians With Disabilities**

Biographical notes, 18:97-9

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:101-7

**Keller, Helen, author**

Reference, 27:23

**Hôpitaux—Suite**

Soins palliatifs, 33R:15,17-24

Centres d'hébergement, 32:46-9

Coûts, financement, problèmes, 9:38; 19:19

Programme, 16:38-41,46-8,80-1

Sidéens, 32:16

Régime du système de santé, restructuration, 17:56-7,68-9; 32:54-5

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25

Système de poids et contre-poids, inquiétudes, 9:43

Voir aussi

Sidéens

**Horgan, John, Catholic Health Association of British Columbia**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:146-57; 33R:63

Notes biographiques, 14:142

**Horgan, Philip H., Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:5-6,16-7,20-1,23-4; 33R:A-98

**Hospice of All Saints**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:53-63; 33R:A-7

Information de base, 12:51-2

Référence, 28:5

**Hospices, soins**

Voir sous

Soins de longue durée

**House, Susan (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:132-3; 33R:A-7

**How We Die: Reflections on Life's Final Chapter**

Nuland, Sherwin B., New York: Knopf, 1994, références, 10:24; 11:22,29; 33R:A-19

**Howell, Barbara, affaire**

Voir sous

Euthanasie - Décisions judiciaires

**Hul, Edwin, Evangelical Fellowship of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:64-9,71-4

**Human Life Research Institute**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Humanist Association of Canada**

Voir

Association humaniste du Canada

**Humphrey, Derek**

*Exit (L') final*, Oregon: Hemlock Society, 1991, 12:31; 15:27-8; 22:53; 33R:A-19,A-136

Référence, 28:20

*Self-deliverance from an End-stage Terminal Illness by Use of a Plastic Bag*, 25:38,40

**Hutchison, Robert, auteur**

Référence, 32:52

**I Don't Know What To Say**

Buckman, Robert, livre, 26:11

**Kelly, F.B., Moncton, New Brunswick**

Written submission, 33R:A-15

**Kelowna Right to Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:6-12,16-8

**Kénis, Yvon**

*Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité*,  
 "Euthanasie active et les médecins: pratiques et opinions",  
 4:36-7,46; 33R:A-21

**Kenny, Nuala, Izaak Walton Killam Hospital for Children**

Biographical notes, 20:21

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:20-33

**KEON, Hon. Wilbert Joseph, Senator**

Euthanasia and assisted suicide, study

Aboriginal peoples, 30:26

Advance directives, hospitals, 28:11; 30:18

Age, distinction, 15:16

Assisted suicide, AIDS patients, 28:34; 30:26; 32:22,46,64  
 Hope, 16:34,50

Coroners, responsibilities, powers, 16:69,74; 20:15-6; 25:16

Criminal Code, 18:135; 19:47; 32:46

Judicial prosecution, sentence, decisions, third degree murder,  
 problems, proposal, 29:52-3  
 Section 241, 27:20-1

Death

Causes, 9:42

Doctors, attitude, 9:43

Education, public, 16:51-2

Scientific knowledge, 1:45-6; 4:19-21; 5:11-2; 6:44; 29:8

Disabled and handicapped people, 18:107,143

Intellectual, 16:61-2

Economic considerations, effect, 4:31; 18:90

Euthanasia

Abuse, controls, concerns, 9:38-40; 18:8; 32:46,65-6

"Death with dignity", 9:17-8; 32:62

Ethical perspective, 2:30; 5:39; 6:25-6; 12:78

Legalization, 27:44

Medical profession, role, effects, 6:26-7; 8:23-4; 10:34-5;  
 11:13-4,29; 14:67; 32:46

Fears, 14:83-4; 32:41,62-3

Social workers, views, 14:107-8

Medical profession, physicians, 32:7-10

AIDS patients, 22:14-5; 32:22

Clandestine practice, involvement, 6:42-3; 25:15

Confidence, lack, 27:21

Criminal offence, suspended sentence, 21:61; 29:50

Execution, responsibility, 15:88,90-1; 32:41

Training, 22:14

Netherlands, experiences, 14:140; 17:100; 18:48; 21:15,  
 19-20,29,37,47,60-1,65

Research, basic scientific knowledge, lack, 25:16-7; 29:8

Society, 27:21

Moral principles, acceptance or rejection, 20:31-2

Health care, funding, 10:21-2

Hospice care, future, 10:19

Major issues, 14:157-8

Medical profession, doctors, physicians, obligations, 4:63-4

**Île-du-Prince-Édouard**

Comité, rapport

Publications gouvernementales, 33R:A-24

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi

Directives préalables, état du droit, 33R:50,A-65

Soins palliatifs, 33R:A-109-10

**Inde**

Contrôle des naissances, 30:7

**Independent Living Resource Centre**

Référence, 18:95

**Individualistes***Voir sous*

Droits et libertés - Individuels

**Infants Act***Voir sous*

Colombie-Britannique

**Infirmiers et infirmières***Voir sous*

Profession médicale

**Institut de recherche clinique de Montréal**Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:5-21; 33R:17,20-1,27,  
 30,33,58-9,64-5,82,A-7**Institut national du cancer du Canada**

Chronologie, 33R:A-28

Références, 5:9; 22:29

**Institute of Medical Ethics Working Party***Voir sous*

British Medical Association

**Institutions***Voir*

Hôpitaux

**Invalides et handicapés***Voir*

Personnes handicapées et invalides

**Islamique***Voir sous*

Religions

**Island Hospice Association**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Izaak Walton Killam Hospital for Children**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:20-33; 33R:A-7

**Janzen, Jake, Niagara Community Impact Committee**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 31:4-9,11,13-4

**Jeffs, Jakkil, Alliance pour la vie**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:42-7,53; 33R:31

**Johnson, Andrew (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:111-7; 33R:A-7

Notes biographiques, 14:109-10

**KEON, Hon. Wilbert Joseph, Senator—Cont'd**Euthanasia and assisted suicide, study—*Cont'd*

## Medical treatment

Decisions, 1:54; 32:29-30

## Withdrawal

Mentally incompetent person, 15:31

Procedure, clarification, 27:20

Vatican, position, 14:55-6

Therapeutic harassment, aggressive treatment, 17:85

Pain control, narcotics, administration, 2:42; 32:22,62-4

## Palliative care

AIDS patients, assisted suicide, 28:34; 32:22,46

Education, training, 22:37; 25:16; 33R:A-96

Effectiveness, limitations, 15:148; 16:20; 17:38,79-80; 19:14; 27:45

Guidelines, standards, need, proposal, 25:30; 26:24-5

Hospitals, health care system, restructuring, 17:56-7

Finance, 22:37

Nurses, role, 26:25

Sedation, administering, 15:128; 19:13

Patients, distrust, apprehensions, concerns, 15:72-3; 28:33; 29:8; 32:46

Ways to overcome, 18:73-4

Research, problems, incentives, cooperation, 17:21-2;

20:40-2; 22:37; 25:30; 29:8-9

Services available, location, 19:23

Single-tiered system, 17:68-9

## Patients

Human dignity, 30:18; 32:62-3

Mood swings, 4:61-3

Philosophy of despair, 15:34-5

Rommelink report, 7:16-7; 25:16

Resuscitation, 14:53

## Suicide, decision

Independent body or individual, "executioner", 18:57

Right and freedom to commit, 28:33; 32:63-4

Legal nuances, 15:51-2,103; 17:36-7

Rights of the competent, 15:52; 18:24

## Terminally ill patients

Declaring, identifying, 18:39

Depression, 8:54; 17:12-3

Isolation, loneliness, effects, 12:53-6; 25:44-5

Medication, administering, 32:46

Quality assurance committee, 15:129-30

Methods, solutions, 12:51

Requests for euthanasia, 7:36-8; 8:70-1; 32:46

Research, scientific data, lack, 20:40-2; 25:15-7

Rights, 6:24-5; 7:39; 15:72-3; 32:46

Choose time of death, 14:19-20,33-4

Nutrition and hydration, blood transfusion, 8:17-8; 9:29-30

Seniors, concerns, 8:59; 32:62-3

Witnesses, views, 6:71; 10:35; 18:145; 30:16,24

Procedure, motion, 33:3

**Keown, John***On Regulating Death*, article, quote, 15:8**Kershaw, Brian (Personal presentation)**Euthanasia and assisted suicide, study, *in camera*, 16:3; 33R:A-7**Kettering, Sloan, author**

Reference, 29:35

**JOHNSON, honorable Janis, sénateur**

Réunion d'organisation, 1:12-3

**Johnston, Willard P., Canadian Physicians for Life**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:27-8,31,34,36,38,40-1; 33R:59,A-97

Notes biographiques, 14:21

**Journal de l'Association médicale canadienne**

Articles, 25:5,25; 27:31; 33R:A-20-3

Kinsella, Douglas et Marja Verhoef, 33R:A-21

Kluge, Eike-Henner W., 1993, citation, 32:28

Latimer, Elizabeth et James McGregor, 4:4,9-10, 33R:A-21

Sawyer, Douglas, 33R:A-23

Singer, Peter A., 7:5-7; 33R:A-21-2

Williams, John, 33R:A-23

**Journal of American Geriatrics Society**

Singer, Peter A., 33R:A-22

**Journal of Contemporary Health and Law Policy**Sommerville, Margaret, *The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia*, 18:45-6,49; 33R:A-23**Journal of General Internal Medicine**

Singer, Peter A., 33R:A-22

**Journal of Medical Ethics**

Référence, 21:37

**Journal of Palliative Care**

Articles, 33R:A-20-3

Downing, Michael G., *Global Exchange*, 11:15; 33R:A-20Ogden, Russel D., *Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?*, 14:76-7; 15:29; 33R:A-22**Journal of the American Psychiatric Association**

Référence, 18:141

**Judaïsme***Voir sous*

Religions

**Juneau, André, ministre de la Santé**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:16-7

**Justice, ministre**

Rôle, discussion, 31:26

*Voir aussi sous*

Rock, honorable Allan, ministre de la Justice

**Kanata Pentecostal Church**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Kass, Leon R.***Commentary*, citation, 8:14**Kay, Dennis***Laugh, I Thought I'd Die: My Life With ALS*, Toronto: Viking, 1994, références, 14:73; 33R:A-19



- Kevorkian, Jack, doctor**  
 Assisted suicide, technical solutions, 2:34; 6:59; 27:14  
 Judgement, description, 6:62  
 "Obituary", 7:18  
 References, 29:44; 30:6; 33R:A-21
- Keyserlingk, Edward W., Centre for Medicine Ethics and Law, McGill University**  
 Biographical notes, 1:25  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 1:26-56; 33R:5,12,39, 49,63,A-7,A-25
- Kidney**  
 Dialysis, candidates, ethical determination, 14:151
- Kiely, Brian J., Canadian Unitarian Council**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 14:59,61-70; 33R:65-6, 68,82
- King George V, case**  
*See under*  
 Assisted suicide - Legal decisions
- Kinsella, Douglas, Faculty of Medicine, The University of Calgary**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 16:5-23; 33R:12-3,30, 58-9,62,78,A-21
- Kirby, Sandra, Volunteer Home Support Group**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 17:67,69-70
- Kirk, Peter, Manitoba Hospice Foundation**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 17:53-4,57; 33R:A-91, A-102
- Klagsbrun, Samuel**  
*American Society of Law and Medicine*, 27:49
- Kluge, Elke-Henner W., Department of Philosophy, University of Victoria**  
 Biographical notes, 2:7-8  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 2:9-31; 15:38-57; 33R:41,65-6,A-43-6  
 References, 25:43; 32:28
- Knights of Columbus**  
 Written submission, 33R:A-15
- Koch, Tom, Toronto, Ontario**  
 Written submission, 33R:A-15
- Kreig, Hilda (Personal presentation)**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 15:118-9; 33R:A-7
- Krickhahn, Erwin, case**  
*See under*  
 Assisted suicide - Legal decisions
- Kristjanson, Linda, Manitoba Hospice Foundation**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 17:41-53,55-60
- Kuhl, David, British Columbia Hospice/Palliative Care Association**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 16:38-42,44-50,52  
 Reference, 14:22
- Keirstead, Paula, Coalition des organisations provinciales, ombudsman des handicapés; Conseil des Canadiens avec déficiences**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:101-7  
 Notes biographiques, 18:97-9
- Keller, Helen, auteur**  
 Référence, 27:23
- Kelly, F.B., Moncton, Nouveau-Brunswick**  
 Mémoire présenté, 33R:A-15
- Kelowna Right to Life**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:6-12,16-8
- Kénis, Yvon**  
*Bulletin de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité*, "Euthanasie active et les médecins: pratiques et opinions", 4:36-7,46; 33R:A-21
- Kenny, Nuala, Izaak Walton Killam Hospital for Children**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:20-33  
 Notes biographiques, 20:21
- KEON, honorable Wilbert Joseph, sénateur**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude  
 Âge, distinction, 15:16  
 Aide au suicide, sidéens, 28:34; 30:26; 32:22,46,64  
 Espoir, 16:34,50  
 Autochtones, 30:26  
 Code criminel, 18:135; 19:47; 32:46  
 Art. 241, 27:20-1  
 Poursuites judiciaires, sentences, affaire, meurtre au troisième degré, problèmes, proposition, 29:52-3  
 Coroners, responsabilités, pouvoirs, 16:69,74; 20:15-6; 25:16  
 Directives préalables, hôpitaux, 28:11; 30:18  
 Douleur, contrôle, stupéfiants, administration, 2:42; 32:22, 62-4  
 Euthanasie  
 Abus, mesures de contrôle, inquiétudes, 9:38-40; 18:8; 32:46,65-6  
 Éthique, point de vue, 2:30; 5:39; 6:24-6; 12:78  
 Légalisation, 27:44  
 Profession médicale, rôle, effets, 6:26-7; 8:23-4; 10:34; 11:13-4,29; 14:67; 32:46  
 Craintes, 14:83-4; 32:41,62-3  
 Travailleurs sociaux, opinion, 14:107-8  
 "Mort dans la dignité", 9:17-8; 32:62  
 Pays-Bas, expériences, 14:140; 17:100; 18:48; 21:15,19-20, 29,37,47,60-1,65  
 Profession médical, médecins, 32:7-10  
 Acte criminel, condamnation avec sursis, 21:61; 29:50  
 Exécution, responsabilité, 15:88,90-1; 32:41  
 Fiabilité, confiance, manque, 27:21; 32:46  
 Formation, 22:14  
 Pratique clandestine, implication, 6:42-3; 25:15  
 Sidéens, 22:14-5; 32:22  
 Recherche, information de base scientifique, manque, 25:16-7; 29:8  
 Société, 27:21  
 Principes moraux, acceptation ou rejet, 20:31-2  
 Facteurs économiques, répercussions, 4:31; 18:90  
 Hospice, soins, avenir, 10:19

- Lafrance, André, Physicians Who Respect Human Life, Ottawa and District**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 7:5-20
- Lamer, Right Hon. Antonio, Chief Justice of Canada**  
References, 19:36,41,44-5,52-3; 22:52-3; 24:31; 29:32,35-6; 31:20,22,29,32,52-3; 33R:52-3,A-49
- Lamont, Campbell, Council on Aging**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 32:64,69
- Lancet (The)**  
Singer, Peter A., 33R:A-21-2  
Van der Maas, Paul J., *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, 17:6-7,21,23; 21:27; 33R:A-20
- Landry, Léo-Paul, Canadian Medical Association**  
Biographical notes, 25:4  
Euthanasia and assisted suicide, study, 25:13-5
- Landry, Paul, Association des hôpitaux du Québec**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 19:31-41,43,46-51,53; 33R:8
- Lane, Jim, Canadian Physicians for Life**  
Biographical notes, 14:21,24  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:24-7,32,36,38-9; 33R:62-3,80,82
- Lareau, François, Ottawa, Ontario**  
Written submission, 33R:A-15
- Last Rights**  
Hofsess, John, Right to Die Society of Canada, editor, magazine, 25:32,38  
Reference, 25:50
- Last Wish Foundation**  
Written submission, 33R:A-15
- Latimer, Elizabeth, Henderson General Hospital**  
Biographical notes, 4:4-5; 33R:A-21  
*Canadian Medical Association Journal*, 4:4,9-10; 33R:A-21  
Euthanasia and assisted suicide, study, 4:6-8,11-24; 33R:5-7, 18-9,21,26,48,57-9,80,A-6,A-95  
*Ontario Medical Review*, February 1922, quotation, 8:12
- Latimer, Robert, case**  
*See under*  
Assisted suicide - Legal decisions - *Latimer, Tracy*
- Laugh, I Thought I'd Die: My Life With ALS**  
Kay, Dennis, Toronto: Viking, 1994, 14:73; 33R:A-19
- LAVOIE-ROUX, Hon. Thérèse, Senator, Deputy Chairman of the Committee**  
Euthanasia and assisted suicide, study  
Advance directives, 32:43,66  
Definition, 23:25  
Freedom of choice, 28:11  
Aggressive therapy, 7:13; 17:85; 23:41; 29:16  
Guidelines, abuse, 23:41; 25:9-10; 27:35; 29:16; 32:65  
AIDS patients, 5:34-5; 12:35-8; 14:121; 16:30-2; 17:122-3; 19:27; 27:37; 28:6; 32:14-9
- KEON, honorable Wilbert Joseph, sénateur—Suite**  
Euthanasia et aide au suicide, étude—*Suite*  
Mort  
Bases scientifiques, 1:45-6; 4:19-21; 5:11-2; 6:44; 29:8  
Causes, 9:42  
Médecins, attitude, 9:43  
Public, sensibilisation, 16:51-2  
Patients  
Dignité humaine, 30:18; 32:62-3  
Humeur, changements, 4:61-3  
Personnes en phase terminale  
Déclaration, identification, 18:39  
Demandes pour l'euthanasie, 7:36-8; 8:70-1; 32:46  
Dépression, 8:54; 17:12-3  
Droits, 6:24-5; 7:39; 15:72-3; 32:46  
Choisir le moment de sa mort, 14:19-20,33-4  
Nutrition et à l'hydratation, 8:17-8; 9:29-30  
Isolement, solitude, effets, 12:53-6; 25:44-5  
Médicaments, administration, 32:46  
Comité d'assurance de la qualité, 15:129-30  
Méthodes, solutions, 12:51  
Personnes âgées, inquiétudes, 8:59; 32:62-3  
Recherches, données scientifiques, absence, 20:40-2; 25:15-7; 29:8  
Sédatifs, administration, rôle des infirmières, 15:128; 19:13  
Personnes handicapées et invalides, 18:107,143  
Intellectuels, 16:61-2  
Philosophie du désespoir, 15:34-5  
Profession médicale, médecins, obligations, 4:63-4  
Questions, 14:157-8  
Rapport Rummelink, 7:16-7; 25:16  
Réanimation, 14:53  
Régime de santé, financement, 10:21-2  
Soins palliatifs  
Éducation, formation, 22:37; 25:16  
Efficacité, limites, 15:148; 16:20; 17:38,79-80; 19:14; 27:45  
Hôpitaux, système de santé, restructuration, 17:56-7  
Financement, 22:37  
Infirmiers et infirmières, rôle, 26:25  
Sédation, administration, 15:128; 19:13  
Lignes directrices, normes, besoin, proposition, 25:30; 26:24-5  
Patients, méfiance, craintes, inquiétudes, 15:72-3; 28:33; 29:8; 32:46  
Façons de vaincre, 18:73-4  
Recherche, difficultés, encouragement, collaboration, 17:21-2; 20:40-2; 22:37; 25:30; 29:8  
Services offerts, lieu, 19:23-4  
Sidéens, aide au suicide, 28:34; 32:22  
Système à un seul palier, 17:68-9  
Suicide, décision  
Droit d'une personne apte à prendre, 15:52; 18:24  
Droits et liberté de commettre, 28:33  
Distinction juridique, 15:51-2,103; 17:36-7  
Organisme ou personne indépendante, "exécuteur", 18:57  
Témoins, commentaires, 6:71; 10:35; 18:145; 30:16  
Traitements médicaux  
Acheminement thérapeutique, traitement agressif, 17:85  
Décisions, 1:54; 32:29-30  
Retrait  
Personne incompétente intellectuellement, 15:31  
Lignes directrices, procédure, précision, 27:20  
Vatican, position, 14:55-6



**LAVOIE-ROUX, Hon. Thérèse, Senator, Deputy Chairman of the Committee—Cont'd**

Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd

"Assistance au suicide", drafting, translation, 12:72

Assisted suicide, 3:25; 8:60,63,67-9

Abuse, examples, concerns, 26:48-9; 32:85

Disabled and handicapped people, refusal, "constructive" discrimination, 15:48-51

Guidelines, proposals, 27:51

"Physician-assisted suicide", clarification, 20:81

Requests, statistics, 32:35-7

Death with Dignity, guidelines, cases, 7:31-3,43-5; 27:37

"Dying mid-wives", 19:46

Loss, 14:152

Team decision to withdraw treatment, 23:41-2

Depression, 8:53; 17:15; 23:40-1; 27:53; 29:21

Disabled and handicapped people, 15:155-6,158; 17:110; 18:104-6; 19:52-3; 23:47-50; 27:28-9; 31:13-4

Diseases, AIDS, concerns, 27:37

Euthanasia

Abortion, comparison, 6:37; 12:18; 15:11-3; 20:80; 22:18; 27:17,52

Abuses, concerns, disabled children, newborn infants, seniors, 27:16-7; 32:65-6

Alzheimer's disease, 32:44

Coroners, role, 20:82

Definition, 29:31

Ethics, committees, 16:15; 20:90; 22:19; 29:31; 32:43-4

Figures, statistics, importance, 15:12-3; 20:80-2; 23:17  
Survey, study, 25:11-2,28

Legal decisions, prosecution, sentence, 20:64

Legalization, concerns

Advance directives, proxies, 8:21,51-3; 12:74-5,81; 17:84-5; 22:20; 32:43,66

Ambivalence, 14:102-3

Autonomous human beings, 6:38

Children, 11:24-5

Consequences, 4:38-9; 17:80-1; 30:19

Consultation, 19:8

Criminal Code, 31:27

Guidelines, criteria, 3:14-5; 4:22,37; 12:48; 17:39-41; 20:18-9; 25:5-7,9-10; 27:18-9,35-7,51-3

Justice, quality, gamble, account for their actions, 20:91

Medical profession, views, 14:31-2

Conflicts of interest, 4:38

Physicians, survey, 16:14

Mental and physical disability, repercussions, 1:48-9

Minority and majority, benefits or risks, 15:93

Parliament, 21:53-4

Patient, competence, consent, families, substitute, incompetent, 1:40; 11:9-10; 32:45; 33R:45

Definitions, 33R:13-5

Rock, Hon. Allan, minister of Justice, 31:25-7

Seniors, 14:68-70; 15:118; 18:51; 32:66

"Slippery slope", 7:30; 14:137-9; 20:80; 27:5-6; 30:18; 31:25

Socio-economic background, effects, 1:50; 4:15,31-2; 9:38; 11:11; 14:106; 19:50-1

Surveys, 22:39-40; 25:11-2

Reliability, 16:16; 25:25-6

Reform Party, 18:88-9

Liberalization, terms of reference, 6:38-9

Morphine overdoses, 2:40

**KEON, honorable Wilbert Joseph, sénateur—Suite**  
Procédure, motion, 33:3

**Keown, John**

*On Regulating Death*, article, citation, 15:8

**Kershaw, Brian (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, à huis clos, 16:3; 33R:A-7

**Kettering, Sloan, auteur**

Référence, 29:35

**Kevorkian, Jack, médecin**

Aide au suicide, solutions techniques, 2:34; 6:59; 27:14

Procès, description, 6:62

"Nécrologie", 7:18

Références, 29:44; 30:6; 33R:A-21

**Keyserlingk, Edward W., Centre de médecine d'éthique et de droit, McGill University**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 1:26-56; 33R:5,12-3,40-1, 51,65,A-7,A-25

Notes biographiques, 1:25

**Klaly, Brian J., Conseil unitarien du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:59,61-70; 33R:67-8,70, 85

**Kinsella, Douglas, Faculty of Medicine, The University of Calgary**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:5-23; 33R:13,32,60-1, 64,81,A-21

**Kirby, Sandra, Volunteer Home Support Group**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:67,69-70

**Kirk, Peter, Manitoba Hospice Foundation**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:53-4,57; 33R:A-91, A-103

**Klagsbrun, Samuel**

*American Society of Law and Medicine*, 27:49

**Kluge, Elke-Henner W., Department of Philosophy, University of Victoria**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 2:9-31; 15:38-57; 33R:43, 67-8,A-43-8

Notes biographiques, 2:7-8

Références, 25:43; 32:28

**Knights of Columbus**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Koch, Tom, Toronto, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Kraig, Hilda (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:118-9; 33R:A-7

**Krickhahn, Erwin, affaire**

*Voir sous*

Aide au suicide - Décisions judiciaires

**Kristjanson, Linda, Manitoba Hospice Foundation**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:41-53,55-60



**LAVOIE-ROUX, Hon. Thérèse, Senator, Deputy Chairman of the Committee—Cont'd**

**Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd**

**Euthanasia—Cont'd**

Netherlands, experience, studies, 1:39-40; 2:6-7; 9:14;  
17:21,92-4; 18:8; 19:50-1; 20:39,80; 21:14-5,20-1,23,  
29,53-4,59,65-7,70; 22:18; 27:18

Opposition, comments, 27:52

Other countries, 21:30-1

Pain control, cessation of treatment, differences, 7:11-2;  
22:17

Passive, 12:23

**Patients**

Competence, 22:20; 32:45

Incompetence, 23:17; 32:45

**Physicians**

Practice, extent, 16:14-5; 19:9

Clandestine, 4:59-61; 8:26-7; 9:15; 14:15,32; 20:40;  
22:18

Reluctant, 23:18

"Pros and cons", point of view, 1:39; 23:16

Role, opinion, 20:79

Research, need, 14:79-81

Social workers, role, 14:103-4

Society, evolution, 23:16

Terminal illness, definition, 10:36

**Families**

Involvement, 3:16; 4:27; 15:127-8; 18:23; 32:17

Terminally ill patients, hardship, 7:30

Undue influence, concerns, 6:40-1; 32:45,65-6

**Health care, costs, 12:19**

Health Department, discussion, role, 29:16-9; 30:19

House of Lords, 22:54-5

Justice Department, discussion, role, 31:26

Law Reform Commission, recommendations, 31:26

**Legal decisions**

*Nancy B.*, 12:21-2; 31:27

*Rodriguez, Sue*, 10:36-7; 12:73-4,80; 14:16

Life, sanctity, 18:37-8

Long term care, 9:42; 18:22-3

Mandate, committee, 8:24; 15:148

**Medical profession**

**Nurses**

Concerns, 15:127

Right of conscience, concerns, 8:22-3

Role, 19:8-9

**Physicians**

Abuse, 32:65

Accountability, 15:116

Palliative care, training, 7:19

Standards, lack, 7:14

Young, opinion, 22:40

Provinces, jurisdiction, 31:27

Mentally ill and depressed people, 16:78

Pain control, 3:15-6; 4:15-6; 5:34,36; 8:61; 9:15; 11:26;  
14:152; 15:103-4; 19:25-6; 23:27

Anti-depressants, 23:40-1

Artificial sleep, "induced sleep", 13:15-6; 32:18-9

Medication, methods, effectiveness, 22:31-3

Statistics, effects, 28:6,8

Treatment, 22:21

Palliative care, 3:20-1; 4:14; 5:13; 9:30; 22:39

Access, 25:26

AIDS patients, 32:14-7

**Kuhl, David, British Columbia Hospice/Palliative Care Association**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:38-42,44-50,52  
Référence, 14:22

**Lafrance, André, Association des médecins pour le respect de la vie humaine, Région d'Ottawa**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 7:5-20

**Lamer, le très honorable Antonio, juge en chef du Canada**  
Références, 19:36,41,44-5,52-3; 22:52-3; 24:31; 29:32,35-6;  
31:20,22,29,32; 33R:54-5,A-49

**Lamont, Campbell, Conseil sur le vieillissement**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:64,69

**Lancet (The)**

Singer, Peter A., 33R:A-21-2

Van der Maas, Paul J., *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, 17:6-7,21,23; 21:27; 33R:A-20

**Landry, Léo-Paul, Association médicale canadienne**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:13-5  
Notes biographiques, 25:4

**Landry, Paul, Association des hôpitaux du Québec**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:31-41,43,46-51,53;  
33R:8

**Lane, Jim, Canadian Physicians for Life**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:24-7,32,36,38-9;  
33R:64-5,83-4  
Notes biographiques, 14:21,24

**Lareau, François, Ottawa, Ontario**  
Mémoire présenté, 33R:A-15

**Last Rights**

Hofsess, John, *Right to Die Society of Canada*, éditeur, revue,  
25:32,38

Référence, 25:50

**Last Wish Foundation**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Latimer, Elizabeth, Henderson General Hospital**  
*Canadian Medical Association Journal*, 4:4,9-10; 33R:A-21  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:6-8,11-24; 33R:5-7,18-9,  
21,28,50,59-61,82,A-6,A-95  
Notes biographiques, 4:4-5; 33R:A-21

*Ontario Medical Review*, février 1922, citation, 8:12

**Latimer, Tracy, affaire**

*Voir sous*

Aide au suicide - Décisions judiciaires

**Laugh, I Thought I'd Die: My Life With ALS**  
Kay, Dennis, Toronto: Viking, 1994, 14:73; 33R:A-19

**LAVOIE-ROUX, honorable Thérèse, sénateur, vice-présidente du Comité**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Acharnement thérapeutique, 7:13; 17:85; 23:41; 29:16

Lignes directrices, abus, 23:41; 25:9-10; 27:35; 32:65-6

# LAVOIE-ROUX, Hon. Thérèse, Senator, Deputy Chairman of the Committee—*Cont'd*

## Euthanasia and assisted suicide, study—*Cont'd*

### Palliative care—*Cont'd*

#### Access—*Cont'd*

Need, 25:29-30

Alzheimer's cases, withdrawing treatment, circumstances, 18:51-2; 32:44

Analgesics, protocols for the administration, 17:20-1

Availability, effects, 10:11-2; 23:27; 30:18

Education, 22:31

Public, 16:50

Effectiveness, limitations, 15:149; 22:54

Families, involvement, 17:50; 32:17

Federal and provincial governments, jurisdictions, 17:58

Funding, costs, 10:23-4; 12:63; 13:18; 15:37-8; 17:48-9; 30:19

Handicapped infants and young children, decision, 20:29-30

Home care, 6:72

Maison Michel Sarrazin, 13:16-7

Medical profession, relationship, 10:13

Narcotics, use, 18:72-3

Quebec, 29:32

Rationing procedures, 20:67

Socio-economic conditions, effect, 16:50,52

Suffering, alleviation, 12:59; 32:50-1

Volunteers, role, 17:67-8

### Patients

Autonomy, loss, effects, 23:17; 32:66

Rights, 3:24; 4:58-9; 12:58

People in Equal Participation, 17:109-10

Public opinion, attitudes, 1:50; 6:56

Religions, beliefs, 15:80-1; 28:6

Catholic, 22:54

Catholic fundamentalist coalition, 18:38

Christian Brethren, 18:37

Society, role, 29:31

Challenge, 29:32

Rights, individual and common good, 28:6; 32:6-9

Suicide, 2:41

Discrimination, 29:32

Right or freedom, distinction, 17:38-40

Supreme Court of Canada, 21:53

Lamer, Right Hon. Antonio, arguments, 29:32

Surveys, 4:40-1; 6:22; 25:11-2

Questions, 25:25-6

Treatment, medical, withdrawal, refusal, 31:25-6

Team decision to withdraw, 23:41-2

Guidelines, cases, proposal, 27:35-7

Witness, 5:25-6; 14:155; 16:60-1; 19:9-10,25,49-51; 20:17-8,38; 27:39

Organization meeting, 1:6-11,14-8,21-5

Procedure, 22:3; 23:4,9,18-9,43; 25:51

## Law and Medicine

Fenigsen, Richard, 18:44-5; 33R:A-20

## Law Reform Commission of Canada

Abolition, 22:11

Euthanasia and assisted suicide

Criminal Code

Amendment, proposals, 22:11-2

Clarification, 31:17

Mercy killing, 31:23

# LAVOIE-ROUX, honorable Thérèse, sénateur, vice-présidente du Comité—*Suite*

## Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*

Aide au suicide, 3:25; 8:60,63,67-9

Abus, exemples, inquiétudes, 25:48-9; 32:65-6

Demandes, statistiques, 32:35-7

Lignes directrices, propositions, 27:51

Personnes handicapées et invalides, refus, discrimination "par nature", 15:48-51

"Suicide assisté par un médecin", clarification, 20:81

"Assistance au suicide", rédaction, traduction, 12:72

Attitudes, 1:50

Chambre des Lords, 22:54-5

Commission de réforme du droit, recommandations, 31:26

Cour suprême du Canada, 21:53; 32:35

Lamer, le très honorable Antonio, 29:32

Décisions judiciaires

*Nancy B.*, 12:21-2; 31:27

*Rodriguez, Sue*, 10:36-7; 12:73-4,80; 14:16; 32:35

Dépression, 8:53; 17:14-5; 23:40-1; 27:53; 29:21

Directives préalables, 32:43,66

Définition, 23:25

Liberté de choix, 28:11

Douleur, contrôle, 3:15-6; 4:15-6; 5:34,36; 8:61; 9:15; 11:26; 14:152; 15:103-4; 19:25-6; 23:27

Antidépresseurs, 23:40-1

Médicaments, méthodes, efficacité, 22:31-3

Sommeil artificiel, 32:18-9

Statistiques, effets, 28:6,8

Traitements, 22:21

## Euthanasie

Abus, inquiétudes, enfants handicapés, nouveaux-nés, personnes âgées, 27:16-7; 32:65-6

Alzheimer, maladie, 32:44

Autres pays, 21:30-1

Chiffres, données statistiques, importance, 15:12-3; 20:80-2; 23:17

Sondage, étude, 25:11-2,28

Comités d'éthique, 16:15; 20:90; 22:19; 29:31; 32:43-4

Coroners, rôle, 20:82

Décisions judiciaires, poursuites, sentences, 20:64

Définition, 29:31

Douleur, contrôle, arrêt du traitement, différences, 7:11-2; 27:17

## Légalisation, inquiétudes

Ambivalence, 14:102-3

Autonomie, êtres humains, 6:38

Code criminel, 31:27

Conditions socio-économiques, conséquences, 1:50; 4:15, 31-2; 9:38; 11:11; 14:106; 19:50-1

Conséquences, 4:38-9; 17:80-1; 30:19

Consultation, 19:8

Directives préalables, mandats, 8:21,51-3; 12:74-5,81; 17:84-5; 22:20; 32:43

Enfants, 11:24-5

Justice, qualité, pari, rendre compte de leur acte, 20:91

Lignes directrices, critères, 3:14-5; 4:22,37; 12:48;

17:39-41; 20:18-9; 25:5-7,9-10; 27:18-9,35-7,51-32

Maladies physiques, mentales, conséquences, 1:48-9

Médecins albertains, sondage, 16:14

Minorité et majorité, avantages ou risques, 15:93

Parlement, 21:53-4



**Law Reform Commission of Canada—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide—Cont'd****Criminal Code—Cont'd**

Reform, 1992 brief, extract, 19:36

Section 241 *re* suicide, proposals, 1:32; 4:56; 6:41; 31:27

Definitions, 19:4,7-8

Legal history, 25:48; 26:15; 29:30; 31:26-7,29

Opinions, 1:44; 9:36; 15:84,98; 19:32

**Euthanasia: Aiding Suicide and Cessation of Treatment**, working paper 28, July 20, 1983, 33R:27,40,A-27,A-46-8

Euthanasia, arguments against, 9:36; 15:98

Recommendations, 19:32; 31:26

References, 6:31; 15:84

Terminating useless treatment, position, 8:8; 9:32,35; 22:11

Life and death decision-making, 19:22; 26:15

*Our Criminal Law*, quotation, 14:23

Suicide, 22:45,51

*See also*

Criminal Code

**LAWER***See under*

Netherlands - Euthanasia and assisted suicide - Definitions

- Life-terminating acts without explicit request

**Lawrence, Walter, Evangelical Fellowship of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:62-4,74; 33R:78

**Lawrence-Moore, John, Winnipeg, Manitoba**

Written submission, 33R:A-15

**Lawson, Susan, Health Department**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:16

**League for Life in Manitoba Inc.**

Written submission, 33R:A-15

**Lee, Arthur Paterson, Scarborough, Ontario**

Written submission, 33R:A-15

**Leenen, H.J.J., Professor Emeritus, Health Medicine and Law, Netherlands**

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:14,18-24,26-7,30-3, 35-6,47-51,53-7,59,64-5,67-9; 33R:A-12,A-123,A-125, A-127,A-130,A-132-4,A-140-1

**Legal decisions**

Committee, report, 33R:A-24,A-69-84

*See also*

Assisted suicide - Legal decisions

Euthanasia - Legal decisions

Supreme Court of Canada

**Legalization***See under*

Euthanasia

**Legemaate, Johan, Professor of Law, University of Rotterdam;**

Royal Dutch Medical Association, Netherlands

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:14-5,18,32-5; 33R:A-12,A-25,A-117

**LAVOIE-ROUX, honorable Thérèse, sénateur, vice-présidente du Comité—Suite****Euthanasie et aide au suicide, étude—Suite****Euthanasie—Suite****Légalisation, inquiétudes—Suite**

Patient, capacité, consentement, famille, substitut, incompétence 1:40; 11:9-10; 32:45

Définition, 33R:14-6,43,47

"Pente glissante", 7:30; 14:137-9; 20:80; 27:5-6; 30:18; 31:25

Personnes âgées, 14:68-70; 15:118; 18:51; 32:66

Professions médicales, opinion, 14:31-2

Conflits d'intérêts, 4:38

Rock, honorable Allan, ministre de la Justice, 31:25-7

Sondages, 22:39-40; 25:11-2

Fiabilité, 16:16; 25:25-6

Parti réformiste, 18:88-9

Libéralisation, termes de référence, 6:38-9

**Médecins**

"Pour et contre", points de vue, 1:39; 23:16

Pratique, étendue, 16:14-5; 19:9

Clandestine, 4:59-61; 8:26-7; 9:15; 14:15,32; 20:40; 22:18

Hésitation, 23:18

Rôle, opinion, 20:79

Morphine, surdosage, 2:40

Opposition, commentaires, 27:52

Passive, 12:23

**Patients**

Compétence, 22:20; 32:45

Incompétence, 23:17; 32:45

Pays-Bas, expérience, études, 1:39-40; 2:6-7; 9:14;

17:21,92-4; 18:8; 19:50-1; 20:39,80; 21:14-5,20-1,23, 29,53-4,59,65-7,70; 22:18; 27:18

Personne en phase terminale, définition, 10:36

Recherche, besoin, 14:79-81

Religions, catholiques, 22:54

Société, évolution, 23:16

Travailleurs sociaux, rôle, 14:103-4

**Familles**

Implication, 3:16; 4:27; 15:127-8; 18:23; 32:17

Influences indues, inquiétudes, 6:40-1; 32:45,65-6

Personnes en phase terminale, difficultés, 7:30

Foyers de soins, infirmiers, 9:42; 18:22-3

Justice, ministère, discussion, rôle, 31:26

**Maladies**

Mentales et personnes déprimées, 16:78

Sida, inquiétudes, 27:37

Mandat, comité, 8:24; 15:148

Mort dans la dignité, directives, exemple, 7:31-3,43-5; 27:37

"Dying mid-wives", 19:46

Perte, 14:152

Prise de décision en équipe pour retirer le traitement, 23:41-2

Opinion publique, attitude, 1:50; 6:56

**Patients**

Autonomie, perte, effets, 23:17

Droits, 3:24; 4:58-9; 12:58

People in Equal Participation, 17:109-10

Personnes handicapées et invalides, 15:155-6,158; 17:110; 18:104-6; 19:52-3; 23:47-50; 27:28-9; 31:13-4

**Profession médicale**

Infirmières et infirmiers

Droits d'objection de conscience, 8:22-3

Rôle, 19:8-9



- Lesage-Jarjoura, Pauline, Pauline, Ethics Committee, Université de Sherbrooke**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 29:19-25,33-5,39-40;  
33R:59-60
- Let Me Decide: the Health and Personal Care Directive That Speaks For You When You Can't**  
Molloy, William, 1996, reference, 25:39
- Lewis, David, psychologist**  
Chronology, 33R:A-28
- L'Heureux, Bruno, Canadian Medical Association**  
Biographical notes, 25:4  
Euthanasia and assisted suicide, study, 25:5-6,23-4,27,29-30,  
32
- L'Heureux-Dubé, Hon. Claire, Supreme Court of Canada**  
Reference, 33R:52-3
- Liberal Party of Canada**  
Reference, survey, 6:22
- Life**  
Artificial, effects, 28:10,38  
Human dignity, value, philosophical views, 8:14-6; 20:86-90;  
22:43-6; 28:35; 29:26-7,39; 30:18,28-9; 32:7-9,18,41,  
51-2,62-3; 33R:19  
Power, control, concerns, 22:46-7; 28:34  
Problems, cases, 17:103,106-11,113-4  
Quality of life, differences, perception, 20:69; 23:20,28;  
27:7-8,22-6; 28:17; 32:23,55  
"Sanctity of life", 6:36,40; 15:10,58,75-80,86,95-6,99,  
111,138-9; 16:80; 17:116; 18:33,37-9; 19:35; 20:59;  
24:28; 27:27,60; 28:4,8; 29:36-9; 31:7-8,28-9  
Assisted suicide, uniqueness of each and every, 15:55-6,63-4,  
136-7; 31:4,9-11; 33R:19  
Joy, positive, 26:22; 33R:19  
Law, 31:34-5  
Personal ownership of life, 15:59-60; 32:58  
Society, 28:23; 29:4-5,26-7; 33R:2  
Civilized, 27:25-6  
Democracy, freedom to choose, 20:69,87-8; 23:20; 28:34;  
32:58  
*See also under*  
Abortion - Historical background  
Death  
Disabled and handicapped people  
Euthanasia  
Religions
- Living wills**  
*See*  
Advance directives
- Logan, Don, Christian Brethren**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:28-39; 33R:34
- Long term care**  
Committee, report, 33R:A-91-2  
Euthanasia  
Ethics committees, study of requests, 13:11; 32:43-4  
Opposition, 22:8  
Policy, 13:4,11
- LAVOIE-ROUX, honorable Thérèse, sénateur, vice-présidente du Comité—Suite**  
Euthanasie et aide au suicide, étude—*Suite*  
Profession médicale—*Suite*  
Infirmières et infirmiers—*Suite*  
Soucis, 15:127  
Médecins  
Abus, 32:65  
Jeunes, opinion, 22:40  
Normes, absence, 7:14  
Responsabilité, 15:116  
Soins palliatifs, formation, 7:19  
Provinces, compétences, 31:27  
Régime de santé, soins, coûts, 12:19  
Religions, convictions religieuses, 15:80-1; 28:8  
Catholiques, 22:54  
Coalition des catholiques fondamentalistes, 18:38  
Frères chrétiens, 18:37  
Résidence Christopher Robin, 20:17-8  
St. Paul's Hospital, programme du VIH, 14:155  
Santé, ministère, discussion, rôle, 29:16-9; 30:19  
Sclérose latérale amyotrophique (Lou Gehrig)  
Patients, soutien, 32:35-6  
Statistiques, 32:37  
Sidéens, 5:34; 12:35-8; 14:121; 16:30-2; 17:122-3; 19:27;  
27:37; 28:6; 32:14-9  
Société, rôle, 29:31  
Défi, 29:32  
Droits individuels et bien commun, 28:6  
Soins palliatifs, 3:20-1; 4:14; 5:13; 9:30; 22:39  
Accès, 25:26  
Besoin, 25:29-30  
Sidéens, 32:15  
Analgésiques, protocoles d'administration, 17:20-1  
Bénévoles, rôle, 17:67-8  
Conditions socio-économiques, répercussions, 16:50,52  
Disponibilité, effets, 10:11-2; 23:27; 30:18  
Éducation, 22:31  
Efficacité, limites, 15:149; 22:54  
"Faire dormir", 13:15-6  
Familles, rôle, 17:50; 32:17  
Financement, coûts, 10:23-4; 12:63; 13:18; 15:37-8; 17:  
48-9; 30:19  
Gouvernements fédéral et provinciaux, compétences, 17:58  
Maison Michel Sarrazin, 13:16-7  
Maladie d'Alzheimer, interruption du traitement,  
circonstances, 18:51-2; 32:44  
Narcotiques, utilisation, 18:72-3  
Nourrissons et enfants handicapés, décision, 20:29-30  
Procédures de rationnement, 20:67  
Professions de la santé, relations, 10:13  
Public, sensibilisation, 16:50  
Québec, 29:32  
Soins à domicile, 6:71-2  
Souffrance, atténuation, 7:43-5; 12:59  
Sondages, 4:40-1; 6:22; 25:11-2  
Questionnaires, 25:25-6  
Suicide, 2:41  
Discrimination, 29:32  
Droit ou liberté, distinction, 17:38-40  
Témoins, 5:25-6; 16:80-1; 19:9-10,25,49-51; 20:17-8; 27:39  
Traitements médicaux, retrait, refus, 31:25-6  
Décision prise en équipe pour retirer le traitement, 23:41-2  
Lignes directrices, proposition, 27:35-7

**Long term care—Cont'd****Euthanasia—Cont'd***See also above***Euthanasia**

Extending into rural areas, 18:31

Concerns, effects, 27:40

"Farewell room", explanation, 13:13

Freedom, concerns, 28:34

Funding, 13:19

Hospices, centres, 6:72; 7:18-9; 10:15-7,19; 12:60; 13:14;  
14:104-5; 19:12; 31:12-3

Location, 13:15

Number, 13:7

**Patients**

Average duration of survival, 13:16

Cost compared to hospital, 13:18

Programs, 6:72; 7:18-9; 10:15-7; 12:60; 19:12; 31:12-3;  
33R:A-91-2*See also under***Palliative care**

Public awareness, need, 10:12

Role, need, 16:36-7,48-9; 18:15; 21:28-9; 32:56

Meaning, background, aims, 10:15-6; 12:52; 13:7

Services, activities, 8:42; 10:5-7,13; 18:22-3

Staff, 13:14

Volunteers and employees, number, 16:48

Systemic abuse, 18:13,16-7,22-3; 32:59,65

Teaching centre, 13:22

*See also***Hospitals****Seniors****Lou Gehrig's Disease***See***Amyotrophic Lateral Sclerosis****Love***See under***Religions - Spirituality - God****Lubavitch Organization for Jewish Development**Euthanasia and assisted suicide, study, 14:41-59; 33R:41,43,  
81,A-7**LUCIER, Hon. Paul, Senator**Euthanasia and assisted suicide, study, 13:24-6; 14:36-7,53,  
100-1

AIDS patients, pain factor, 16:25-6

**Assisted suicide**

Option, 16:43-4

Preventing, benefits, 15:13-6

Capital punishment, 15:82

Hippocratic Oath, 15:52

Life support machines, unplugging, 15:81-2

Moral costs, 15:115

Palliative care, 15:68-9; 16:43-4

Physicians, accountability, 15:115,117; 16:13-4

Suicide, legal status, 15:52

**Luckwoldt, Markus, Right to Die Society of Canada**

Biographical notes, 25:49

Euthanasia and assisted suicide, study, 25:45-6,49-50

**LAVOIE-ROUX, honorable Thérèse, sénateur, vice-présidente du Comité—Suite****Euthanasie et aide au suicide, étude—Suite**

Via, caractère sacré, 18:37-8

Procédure, 22:3; 23:4,9,18-9; 25:51

Réunion d'organisation, 1:6-11,14-8,21-5

**Law and Medicine**

Fenigsen, Richard, 18:44-5; 33R:A-20

**Lawrence, Walter, Evangelical Fellowship of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:62-4,74; 33R:80

**Lawrence-Moore, John, Winnipeg, Manitoba**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Lawson, Susan, ministère de la Santé**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:16

**League for Life in Manitoba Inc.**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Lee, Arthur Paterson, Scarborough, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Laenen, H.J.J., professeur émérite, médecine sociale et droit, Pays-Bas**Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:14,18-24,26-7,30-3,  
35-6,47-51,53-7,59,64-5,67-9; 33R:A-12,A-125,A-127,  
A-129,A-132,A-135,A-137,A-143-4**Législation***Voir sous***Euthanasie****Legemaate, Johan, professeur de droit, Université de Rotterdam; Association médicale néerlandaise, Pays-Bas**Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:14-5,18,32-5;  
33R:A-12,A-25,A-119**Lesage-Jarjoura, Pauline, Comité d'éthique, Université de Sherbrooke**Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:19-25,33-5,39-40;  
33R:62**Let Me Decide: the Health and Personal Care Directive That Speaks For You When You Can't**

Molloy, William, 1996, référence, 25:39

**Lewis, David, psychologue**

Chronologie, 33R:A-28-9

**L'Heureux, Bruno, Association médicale canadienne**Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:5-6,23-4,27,29-30,32  
Notes biographiques, 25:4**L'Heureux-Dubé, honorable Claire, Cour suprême du Canada**

Référence, 33R:55

**Liberté de choix***Voir sous***Droits et libertés****Patients - Droits et libertés**

- Lutheran Church of Canada**  
Written submission, 33R:A-15
- Lynch, Abbyann Day, Toronto Hospital for Sick Children**  
Biographical notes, 11:17  
Euthanasia and assisted suicide, study, 11:18-31
- Ma mort. Ma dignité. Mes volontés. Le testament biologique**  
Bureau, Yvon, Quebec: Éditions du Papillon, 1991, 33R:A-19
- Macdonald, Neil, Clinical Research Institute of Montreal**  
Biographical notes, 22:21  
Euthanasia and assisted suicide, study, 22:22-42; 33R:17,20, 25,28,A-21-2,A-25,A-96  
*Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Derek Doyle, Geoffrey W.C. Hanks and Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993, 26:16; 30:18; 33R:A-19
- Mackenzie, Paul (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:148-9; 33R:A-7
- MacLachlan, Richard, College of Family Physicians**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 23:6-7,11,13-8; 33R:58
- Maison Marc Simon**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 32:5-23; 33R:8-9,21-2, 34,57,60,A-7  
Reference, 13:17
- Maison Michel Sarrazin**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 13:4-26; 33R:34-5,81, A-7,A-105  
Reference, 32:16
- Malaise (The) of Modernity**  
Taylor, Charles, 1991, 22:53
- Malette v. Shulman (1990), 72 O.R.(2d) 417 (C.A.), 10:30,40,43; 20:57,60; 33R:38,A-28,A-76-7**
- Malherbe, Jean-François, Carrefour des chrétiens du Québec pour la santé**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 20:87-91,93-4
- Manitoba**  
Advance directives, legal status, 25:18; 33R:47,A-65,A-68  
Committee recommendations, 33R:ix-xi,50  
Legal decisions, 20:57,62-3  
Newspaper articles, quotations, 6:58-9  
Palliative care, 33R:A-102-3  
AIDS patients, 17:54-5  
Dying patients, options, 17:17,66,70-1  
Education, training, 17:54-5,66-7; 33R:A-102  
Evolution, development, 18:69-70  
Guidelines, lack, 31:30  
Home care services, situation, 17:53-4  
Medicare, coverage, 17:70
- Manitoba Association for Rights and Liberties (MARL)**  
Background information, 17:25  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:26-41; 33R:83,A-7
- Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:5-24; 33R:A-7
- Ligue des médecins hollandais**  
*Voir*  
Ligue des médecins néerlandais
- Ligue des médecins néerlandais**  
Références, 21:25; 33R:A-120
- Logan, Don, Christian Brethren**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:28-39; 33R:36
- Loi canadienne sur la santé**  
*Voir*  
Santé, Loi canadienne
- Loi constitutionnelle de 1867**  
Discussion, paragraphes, 27:49,60; 29:8-9  
Art. 91(27), 33R:3  
Art. 92(7), 33R:4  
Art. 92(13), 33R:4  
Art. 92(14), 33R:3  
Art. 92(16), 33R:3  
Éducation, compétence, pouvoirs, effets, 22:33  
Personnes handicapées et invalides, 23:48  
*Voir aussi*  
Charte canadienne des droits et libertés
- Lou Gehrig, maladie**  
*Voir*  
Sclérose latérale amyotrophique
- Lubavitch Organization for Jewish Development**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:41-59; 33R:43,45-6,83, A-7
- LUCIER, honorable Paul, sénateur**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 13:24-6; 14:36-7,53,100-1  
Aide au suicide  
Empêchement, bénéficiaires, 15:13-6  
Option, 16:43-4  
Appareils, débranchement, 15:81-2  
Coûts moraux, 15:115  
Médecins, responsabilité, 15:115,117; 16:13-4  
Peine capitale, 15:82  
Serment d'Hippocrate, 15:52  
Sidéens, facteur de la douleur, 16:25-6  
Soins palliatifs, 15:68-9; 16:43-4  
Suicide, statut juridique, 15:52
- Luckwoldt, Markus, Right to Die Society of Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:45-6,49-50  
Notes biographiques, 25:49
- Lutheran Church of Canada**  
Mémoire présenté, 33R:A-15
- Lynch, Abbyann Day, Toronto Hospital for Sick Children**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 11:18-31  
Notes biographiques, 11:17
- Ma mort. Ma dignité. Mes volontés. Le testament biologique**  
Bureau, Yvon, Québec: Éditions du Papillon, 1991, 33R:A-19



- Manitoba Hospice Foundation**  
Background information, 17:42  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:41,43-60; 33R:A-7
- Manitoba Physicians for Life**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:39-53; 33R:11,57, A-7
- MARCHAND, Hon. Leonard Stephen, Senator**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 8:5
- Marcoux, Hubert, Laval, Quebec**  
Written submission, 33R:A-15  
Material received, 33R:A-21
- Marker, Rita, International Anti-Euthanasia Task Force**  
*Deadly Compassion*, quotation, 8:11-2,14
- MARL**  
*See*  
Manitoba Association for Rights and Liberties
- Marleau, Hon. Diane, Minister of Health**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 29:4-19; 33R:A-5
- Massie, Margo, British Columbia Coalition of People with Disabilities**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:53,56-7,59-62
- Mataya, Scott, nurse**  
Chronology, 33R:A-30
- McCaffrey, Janet (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 17:119-23; 33R:A-7
- McCauley, Carmen, Chatham, Ontario**  
Written submission, 33R:A-15
- McEachern, Allan, Chief Justice, British Columbia Court of Appeal**  
References, 31:20; 33R:A-50
- McGill University, Centre for Medicine Ethics and Law**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 1:26-56; 6:4-27; 33R:5, 12,39,44,49,63,A-7,A-8  
Reference, 5:28; 27:6
- McGregor, James, Ontario Palliative Care Association**  
*Canadian Medical Association Journal*, Elizabeth Latimer, references, 4:4,9-10  
Euthanasia and assisted suicide, study, 4:51-66; 33R:6,11,18-9, 55,62,79
- McGuinness, Joan, Ontario Palliative Care Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 4:66
- McLachlin, Hon. Beverly, Supreme Court of Canada**  
Reference, 33R:52-3,A-49
- McLuhan, Sabina**  
*Euthanasia*, quotation, 8:15
- Macdonald, Neil, Institut de recherche clinique de Montréal**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:22-42; 33R:17,20-1,27, 30,A-21-2,A-25,A-96-7  
Notes biographiques, 22:21  
*Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Derek Doyle, Geoffrey W.C. Hanks et Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993, 26:16; 30:18; 33R:A-19
- Mackenzie, Paul (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:148-9; 33R:A-7
- MacLachlan, Richard, Collège des médecins de famille du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:6-7,11,13-8; 33R:60
- Maison Marc Simon**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:5-23; 33R:8-9,22-3,36, 59,62,A-7  
Référence, 13:17
- Maison Michel Serrazin**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 13:4-26; 33R:36-7,83,A-7, A-106  
Référence, 32:15
- Maladies et traitements**  
Symptômes, effets, 22:36  
*Voir aussi sous*  
Soins palliatifs - Accès  
*Sujets individuels*
- Malette c. Shuman (1990), 72 O.R.(2d) 417 (C.A.), 10:30,40,43; 20:57,60; 33R:40,A-28,A-77**
- Malherbe, Jean-François, Carrefour des chrétiens du Québec**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:87-91,93-4
- Manitoba**  
Décisions judiciaires, 20:57,62-3  
Articles, journaux, citations, 6:58-92  
Directives préalables, état du droit, 25:18; 33R:47,A-65,A-68  
Recommandations du Comité, 33R:ix-xi  
Soins palliatifs, 33R:A-103-4  
Éducation, formation, 17:54-5,66-7; 33R:A-103  
Évolution, développement, 18:69-70  
Lignes directrices, manque, 31:30  
Patients mourants, options, 17:17,66,70-1  
Régime du système de santé, couverture, 17:70  
Sidéens, 17:54-5  
Soins à domicile, services, situation, 17:53-4
- Manitoba Association for Rights and Liberties (MARL)**  
*Voir*  
Association manitobaine des droits et libertés
- Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:5-24; 33R:A-7
- Manitoba Hospice Foundation**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:41,43-60; 33R:A-7  
Information de base, 17:42
- Manitoba Physicians for Life**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:39-53; 33R:11,59,A-8

- McMurphy, Geoffrey, British Columbia Coalition of People with Disabilities**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:55,58-60,62
- McMurrin, Stella, Choice in Dying, Ottawa**  
Biographical notes, 9:28  
Euthanasia and assisted suicide, study, 8:32-6
- McPherson, Gary, Alberta Premier's Council on the Disabled**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:53-61; 33R:83
- McPherson, Mary-Lynn, Canadian Nurses for Life**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 8:5-9,18-27
- MDEL**  
*See*  
Netherlands - Euthanasia and assisted suicide - Definitions  
- Medical decisions concerning the end of life
- Médecin du Québec**  
Reference, 24:20
- Media**  
*See under*  
Euthanasia
- Medical Power, Medical Ethics**  
Professor Vandenberg, influence on doctors, 17:94,100
- Medical profession**  
Advance directives, importance, 4:10; 22:20; 23:7;  
25:18; 32:43-4,56-7,60,63; 33R:15,45,47-50  
Committee recommendations, 33R:ix-xi,50  
Nurses, role, concerns, 8:7-8,21-2,25-6; 26:25-6  
Committee recommendations, 33R:ix-xi,24  
Doctors, physicians  
Assisted suicide, position, uncertainty, 18:79,83-4; 19:46-7;  
20:24; 23:6  
Role, 20:58; 31:18  
Criminal Code offence, 21:61; 29:40-54; 32:61-2  
Death and disease, attitude, 4:9; 6:48-9; 9:43; 14:93;  
15:96-7; 20:23,77; 22:17; 30:18; 33R:5-6  
Decision-making process, difficulties, 1:40-1; 4:63-4; 15:88;  
17:111-3; 18:55-6; 23:7; 27:9  
Ethical committee, team work, 23:41-2; 24:33; 28:18  
Disabled and handicapped people, attitude, ignorance and fear,  
18:55-6,59,97-8,100,102,138  
*See also*  
Disabled and handicapped people - Euthanasia and assisted  
suicide - Doctors  
Doctor-patient relationship, effects, 27:15-6; 32:7,10,21-2,  
57; 33R:7-8  
Education and training, relationship with euthanasia, 16:9-11,  
13; 17:6; 22:14,20-1; 23:10,12; 33R:2,20-1,24,30  
Geriatrics, 22:38  
Knowledge, 23:6-7  
Medical profession, 18:69; 28:37  
Pain control, 27:45-6; 32:50-1,56,60-2; 33R:21-2  
Committee recommendations, 33R:ix-xi  
Ethics, 33R:11-3  
Biomedical ethics, teaching, 20:36-7,46  
Committee, recommendation, refusing, 18:32; 32:43-4  
Considerations, 16:6-7,21-3; 18:32  
Decision-making process, ethical team, 24:33; 28:18
- MARCHAND, honorable Leonard Stephen, sénateur**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:5
- Marcoux, Hubert, Laval, Québec**  
Document, 33R:A-21  
Mémoire présenté, 33R:A-15
- Marker, Rita, International Anti-Euthanasia Task Force**  
*Deadly Compassion*, citation, 8:11-2,14
- MARL**  
*Voir*  
Association Manitobaine des Droits et Libertés
- Marleau, honorable Diane, ministre de la Santé**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:4-19; 33R:A-8
- Massie, Margo, British Columbia Coalition of People with Disabilities**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:53,56-7,59-62
- Mataya, Scott, infirmier**  
Chronologie, 33R:A-30
- McCaffrey, Janet (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:119-23; 33R:A-8
- McCauley, Carmen, Chatham, Ontario**  
Mémoire présenté, 33R:A-15
- McEachern, Allan, juge en chef, Cour d'appel de la Colombie-britannique**  
Références, 31:20; 33R:A-50
- McGill University, Centre de médecine, d'éthique et de droit**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 1:26-56; 6:4-27; 33R:5,  
12-3,40-1,46,51,65,A-10  
Référence, 5:28; 27:6
- McGregor, James, Association des soins palliatifs de l'Ontario**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:51-66; 33R:6,12,18-9,  
57,64,81-2  
*Journal de l'Association médicale canadienne*, Elizabeth Latimer,  
références, 4:4,9-10
- McGuinness, Joan, Association des soins palliatifs de l'Ontario**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 4:66
- McLachlin, honorable Beverly, Cour suprême du Canada**  
Référence, 33R:55,A-49
- McLuhan, Sabina**  
*Euthanasia*, citation, 8:15
- McMurphy, Geoffrey, British Columbia Coalition of People with Disabilities**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:55,58-60,62
- McMurrin, Stella, Choice in Dying, Ottawa**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:32-6  
Notes biographiques, 9:28
- McPherson, Gary, Alberta Premier's Council on the Disabled**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:53-61; 33R:65-6



**Medical profession—Cont'd****Doctors, physicians—Cont'd****Ethics—Cont'd**

- Family physicians, 23:9-10; 32:7-10
- Health care professionals, workers, 32:47
- Lack of ethical or legal guidelines, 18:82-4; 20:13
- View, 7:10; 8:39-40; 10:40; 15:88,95; 20:69; 32:42,50-1
- Obligations, justification, 11:29-30; 15:43-4; 16:22-3; 17:102,105; 18:65-6

**Euthanasia, legalization, effects, 6:26-7**

- Abuse, power, 31:6-7; 32:40,42,54-5,59,65
- Attitude when faced with uncontrollable disease and death, 15:96-7; 20:23; 32:50-1
- Concerns, 14:42
- Counselling process, 7:22-3,32-3
- Doctors, refusing to talk, 16:79
- Views, 7:20-5,27,30-1
- Jurisdictions, powers, 31:27,32-3
- Medicine, impact on profession, 16:5-11,17,29; 18:121; 19:46-7; 20:58-9; 32:8-10
- Confidence, fears, 4:55; 27:21,58-9; 32:41,46
- Netherlands, experiences, attitude, conviction, reactions, consequences, 17:93-4,96-7,122; 18:139; 22:13
- Oncologist, 22:40
- Opposition, reasons, comments, 22:9-17; 30:6
- Profession, obligations, 4:63-4; 11:29-30; 32:41
- Psychiatrists, 22:40
- Remuneration, 25:12
- Safeguards, standards, lack, concerns, 4:9-10; 7:14; 32:58-60
- "Slippery slope", draw the line, 23:6; 27:5-6; 29:41; 30:7; 13-4,18; 31:6; 32:59; 33R:56-7
- Trust, fears, 4:55
- Young, 22:40
- See also*
  - Euthanasia - Legalization - Doctor-patient relationship
  - Euthanasia - Legalization - Medical profession
- Execution, freedom to choose, 15:88,99,148; 16:18; 28:13
- Family physicians, 23:4-18; 32:7-10
- Fears, 14:42,83-4; 15:20,148; 18:34,83-4
- Hippocratic oath, 4:23-4
- Impact, 15:43-4; 16:7; 17:90; 18:14; 31:7
- Legal decisions, effect, 10:40
- Modernized version, 7:10-1
- Obligation, 2:27; 8:34-5; 15:52-3
- Quotation, 7:7; 15:43
- Relevance, 11:12; 15:43; 17:90; 19:37
- Responsibility, 20:69; 23:16; 32:58
- Students, attitude, 1:36-7
- Tradition, 29:24
- Leadership, lack, consequences, 11:20-1
- Legal, 1:27-30; 6:16; 10:26; 11:14; 17:111-3; 18:32,144; 19:29,36-7,42
- Legislation, 20:70-2
- Medical power and mandate, limits not identified, 18:64-6
- Opposition, reasons, comments, 22:9-17; 28:13
- Paternalism, 33R:7-8
- Position, uncertainty, 18:79,83-4; 19:46-7; 20:24; 23:8,11
- Pressures, direct and indirect, 18:94-6
- Research, study
  - Results, Alberta, 18:79-81
  - Survey, anonymity, importance, 23:6-7; 25:11-3

**McPherson, Mary-Lynn, Canadian Nurses for Life**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:5-9,18-27

**Médecin de famille canadienne**

Collège des médecins de famille du Canada, 23:5

**Médecin du Québec**

Référence, 24:20

**Médecine**

- Recherche, 29:9
- Rôle, 29:21,24
- Protéger la vie humaine, 24:7; 32:58
- Science appliquée, 29:22
- Euthanasie, 29:41
- Soins palliatifs, 15:68; 16:21-2; 18:41; 19:32; 33R:15,17-9, 23-4
- Formation, écoles, propositions, 22:22-42; 33R:20-1,A-96-7
- Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25
- Technologies modernes, évolution, effets, 16:21-2; 17:60; 19:32; 29:20; 31:6,15-6; 32:54-5; 33R:1,5,39
- Techniques de reproduction, 23:47
- Transplantation, 27:5-11
- Voir aussi*
  - Éthique
  - Professions médicales - Docteurs, médecins
  - Traitements médicaux

**Médecins (Les) canadiens et l'euthanasie**

Association médicale canadienne, rapport, 33R:A-30

**Médecins canadiens pour le respect de la vie**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:23-41; 33R:32,59, 63,83,A-4
- Information de base, 14:21
- Person (The) in Community, 14:21-2
- Référence, 7:4

**Médias**

- Voir sous*
  - Euthanasie

**Médicaments**

- Voir sous*
  - Douleur et la sédation, traitement
  - Drogues et produits pharmaceutiques

**Meek, Denham, Victoria, Colombie-Britannique**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Meijers, Leo C.M., avocat général, Cour de cassation, Pays-Bas**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:39,51-2,55,63-5; 33R:A-12,A-135

**Mercier, Ron, Conférence des évêques catholiques du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:46-7,51,53-6

**Metzger, Curtis, British Columbia Hospice/Palliative Care Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:42-3,46-7,49,51



**Medical profession—Cont'd****Doctors, physicians—Cont'd**

Role, responsibility, qualification, 15:21,23,54-5,88,90,110, 112,115-7,148; 16:13-4,42-3; 17:6; 18:90,93,96; 20:58; 22:14; 31:18; 32:58,69; 33R:7-8

Before decision-making, suggest active treatment, alternatives, 26:13-4; 32:29-30

Clinical judgment, 23:41; 26:14

Opinion, 20:79

"Safety", concerns, 4:9; 32:58-60

Ethics, professional principles, 16:21-2; 19:6; 20:76-7; 32:7-10; 33R:11-3

Health, stress management and support programs, 19:28-9

Nurses, role, 8:7,22-3; 15:128-9,133-6; 19:5-6,8-9; 23:22-3

Advance directives, role, concerns, 8:7-8,21-2,25-6; 26:25-6

Code of ethics, 19:10

Concerns, 15:127; 21:66-7; 32:41

Disabled and handicapped people, attitude, ignorance and fear, 18:55-6,59,97-8,100,102,138; 23:49

End-of-life treatment dilemmas, decision process, discussion paper, 19:5,9

Euthanasia, definitions, confusion, 27:32; 28:17; 33R:14

Netherlands, 21:7,21-3

Palliative and home care, 26:25-6; 33R:22-4

Committee recommendations, 33R:ix-xi,24

Recommendations, 19:6-7,9

Sedation, administering, 15:128; 19:13

Palliative care, 33R:14

Education, training, physicians and nurses, 7:19; 15:18,67-8, 143-4,146-7; 16:18-9; 17:6,53-5,76,87; 18:42; 19:14; 20:46; 22:22-39; 23:39; 25:27; 32:56,60; 33R:2,20-1,30, A-96

Committee recommendation, 33R:ix-xi,24

Funding, 23:10,12; 33R:19

Interaction and communication between, importance, 22:42; 27:21-2

Speciality, 22:40-1

Effectiveness, program, essential, 23:6-7

Physician, role, 24:9-12; 33R:7-8

Aggressive treatment, 33R:42

Paramedical professions, coordination, 10:13; 17:67

Pharmacist, position, role, 23:19-29

Pain control, 12:17,59-60; 20:65-6

Research, funding, 28:32

Right of conscience, concerns, 8:22-3; 14:118; 15:135-6; 28:13; 32:58

Suicide prevention, essential, 23:6-7

See also

Medicine

Netherlands

**Medical Research Council of Canada**

References, 29:8-9

**Medical treatments**

Aggressive therapy, therapeutic harassment, present system, 7:13; 17:85; 18:26-7; 24:18

Abuses, 24:8; 32:54-5

Guidelines, 23:41; 25:9-10; 27:35; 29:16; 32:65

Families, requests, 29:40

Fear, concerns, 24:16; 27:32

"Futile treatment", concerns, 1:53; 2:28; 19:11,36; 24:10-1; 25:7; 27:39-41

Definitions, 33R:15,41-3,45

**Meurtre**

Voir sous

Code criminel

**Meyer, Linda (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:70-2; 33R:A-7

**Michigan**

Aide au suicide, loi contre, contestation constitutionnelle, 1:34

**Miller, Derline, Goodbye, A Right to Die Society**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:23-9,31-7

**Mishare, Brian, Association canadienne pour la prévention du suicide**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 2:32-43; 33R:6,27,51,60

Notes biographiques, 2:31

**Molloy, William**

*Let me Decide: the Health Care Directive That Speaks For You When You Can't*, référence, 1992, 25:39

**Moore, Cecilia (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:117-22; 33R:A-8

**Morawetz, Bruno, Peterborough, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**More, Thomas**

*Utopie*, aide au suicide, opinion, 6:33,65

**Morissette, Michel, Maison Marc Simon**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:5-11,14-23; 33R:8-9, 22,36-7,59,62

Références, 32:24,32,40-1

**Morphine**

Voir sous

Drogues et produits pharmaceutiques

**Morrison, Cathleen, St. George, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-15

**Mort**

Aperçu général, 33R:3-4

Attitude, perception envers, 20:23,86; 32:18; 33R:5-6

Crainte, peur, 24:16; 28:9; 32:31,54

Éducation, 16:51-2; 33R:25

Public, 26:19

Catégories, 16:66

Causes, 9:42

Cérébrale, personnes cérébralement mortes, États-Unis, nombre, 11:10

*Death without fear*, 10:24

Définitions, 29:28; 32:50-1; 33R:1

Dignité, 4:13; 9:17-8; 20:68; 23:39-40; 29:29; 30:18; 32:7-9, 41,54-5,62

"D'une façon humaine", 4:46-7

Exemples, 9:20-2; 17:44; 18:133; 20:75-6; 32:18,51-2

Droit à la mort, illusion, mirages, 29:27-8; 32:57-8

Choix, 31:7-8

Désir de mourir, 24:17-9; 31:18

Frontières, tuer, tabou, 29:38-40; 31:7

**Medical treatments—Cont'd**

- Aggressive therapy, therapeutic harassment, present system—*Cont'd*
- Health resources, inappropriate allocation, 15:37-8; 32:54-5
- Overview, 29:37-9,51
- Physician, role, 33R:42-3
- Sustaining life beyond its desired limit, 15:21-2,35,68-9,101; 17:85; 18:13-8,20-3,26-7,35-6; 19:38; 32:29-30,39-40; 33R:15
- Decisions, 1:54; 32:29-30
- Withdrawal
  - Mentally incompetent person, 15:31
  - Procedure, clarification, 27:20
  - Vatican, position, 14:55-6
- "Do not resuscitate" patients, orders, effects, unnecessary resuscitation, 15:22,34-5; 26:24; 28:29; 33R:43,47
- Nutrition and hydration, blood transfusion, artificial, 8:17-8; 9:29-30; 27:40; 33R:1,37,42,45,52,A-28
- Practices and principles, overview, 31:16,24,26-7
- Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment, refusal, effects, 19:14-6; 24:17-9; 27:39-40; 28:9-10,12; 30:23; 32:14; 33R:37-45
- Committee recommendations, 33R:ix-xi,46
- See also*
- Medicine
- Palliative care - Treatment, interruption
- Terminally ill persons - Treatments
- Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment

**Medical Union of Canada**

- References, 24:4,14

**Medicare**

- See*
- Health care system

**Medication**

- See under*
- Drugs and pharmaceutical products
- Pain control, treatment

**Medicine**

- Palliative care, 15:68; 16:21-2; 18:41; 19:32; 33R:14,17-9, 22-3
- Training, schools, proposals, 22:22-42; 33R:20-1,A-96
- Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- Research, 29:9
- Role, 29:21,24
- Applied science, 29:22
- Euthanasia, 29:41
- Protect human life, 24:7; 32:58
- Technology, modern, evolution, effects, 16:21-2; 17:60; 19:32; 29:20; 31:6,15-8; 32:54-5; 33R:1,5,37
- Reproductive technology, 23:47
- Transplantation, 27:5-11
- See also*
- Ethics - Euthanasia
- Medical profession - Doctors, physicians
- Medical treatments

**Meek, Denham, Victoria, British Columbia**

- Written submission, 33R:A-15

**Mort—Suite**

- Familles et amis, soutien, désarroi, effets, 4:13; 15:62-4,104-5, 140-2; 16:81; 25:44-5; 27:44; 32:17,29,56,59
- Deuil, culpabilité, différences, comparaison, 32:33-4
- Programme de suivi, 27:43
- Hôpitaux ou à domicile, 9:40; 20:10-1; 33R:6-7,23
- "Médicalisation", inquiétudes, 2:42-3
- Processus de la mort, aperçu général, 23:38-40; 24:20-5; 26:16,21-2; 29:20-1; 31:9-11
- Acharnement thérapeutique, prolongation induite, technologie inutile, 15:90-1; 17:79,116; 18:21,26-7,35-6,81,109, 116-7; 20:23,50-1,68; 27:40-1; 32:29-30,54-5; 33R:5, 43-5,47
- Abstention et l'interruption du traitement de survie, 28:12-3; 32:14; 33R:1,15,39-48
- Prise de décision, équipe, 23:41-2
- Lignes directrices, proposition, 27:35-7; 32:42
- Modalités suggérées, 33R:A-49-59
- Bases scientifiques, 1:45-6; 4:19-21; 5:11-2; 6:44
- Patients mourants, options, 17:17,66,70-1; 31:7-8; 32:41-2; 33R:6-7
- Processus naturel, 26:19; 27:34-5; 32:18
- Naturel ou artificiel, différence, 22:50; 28:13; 30:23; 32:14; 33R:1,11-6,39
- Perturbation, 18:62; 20:23-4; 27:40-1
- Recherche, besoins, 17:12,17; 22:28; 26:22-3; 29:7-9
- Symptômes débilissants et démoralisants, 15:86-7,148-9
- Profession médicale, conseiller, 7:22-3,32-3; 32:41; 33R:5-6
- Attitudes, 9:43
- Médecins, refus de parler, 16:79
- Lignes directrices, 7:42-4; 32:42,58-60
- Religions, 27:44
- Société, 20:75-6; 28:23; 32:23; 33R:2
- Acceptation, 17:51,77-8; 28:36
- Démocratie, liberté de choisir, 20:69; 29:26-7
- Évolution, historique, impact, 29:19-20,30-1; 31:6
- Soins à domicile
- Voir plus haut*
- Hôpitaux
- Voir aussi*
- SIDA - Décès
- Voir aussi sous*
- Euthanasie

**Mort (Le) assistée par un médecin: La solution pour le Canada? Compassionate Healthcare Network Associate, 15:108-15****Mount, Balfour M., Hôpital Royal Victoria**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:27-42; 33R:6,18-20,36, 46,71-2,A-22,A-86,A-106
- Notes biographiques, 5:26
- Références, 27:13,16,19; 28:28; 29:33

**Mount Sinai, Toronto, Ontario**

- Référence, 32:16

**Mourir dans la dignité**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 7:20-45; 33R:67-8,A-8, A-52-3
- Information de base, 7:21-2; 16:78-9
- Références, 28:20

**Mullens, Ann (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 30:4-19; 33R:7,70,86,A-8



- Meijers, Leo C.M., Attorney-General, Supreme Court, Netherlands**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 21:39,51-2,55,63-5;  
33R:A-12,A-133
- Mercier, Ron, Canadian Conference of Catholic Bishops**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 22:46-7,51,53-6
- Metzger, Curtis, British Columbia Hospice/Palliative Care Association**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:42-3,46-7,49,51
- Meyer, Linda (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:70-2; 33R:A-8
- Michigan**  
Assisted suicide, law against, constitutional challenge, 1:34
- Miller, Darline, Goodbye, A Right to Die Society**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 15:23-9,31-7
- Mishra, Brian, Canadian Association for Suicide Prevention**  
Biographical notes, 2:31  
Euthanasia and assisted suicide, study, 2:32-43; 33R:6,25,49,  
58
- Molloy, William**  
*Let me Decide: the Health Care Directive That Speaks For You When You Can't*, reference, 1992, 25:39
- Moore, Cecilia (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 14:117-2; 33R:A-8
- Morality**  
*See under*  
Ethics
- Morawetz, Bruno, Peterborough, Ontario**  
Written submission, 33R:A-15
- More, Thomas**  
*Utopia*, views on assisted suicide, 6:33,65
- Morissette, Michel, Maison Marc Simon**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 32:5-11,14-23; 33R:8-9,  
21-2,34-5,57,60  
References, 32:24,32,40-1
- Morphine**  
*See under*  
Drugs and pharmaceutical products
- Morrison, Cathleen, St. George, Ontario**  
Written submission, 33R:A-15
- Mount, Balfour M., Royal Victoria Hospital**  
Biographical notes, 5:26  
Euthanasia and assisted suicide, study, 5:27-42; 33R:6,18-20,  
34,44,70,A-21,A-86,A-105  
References, 27:13,16,19; 28:28; 29:33
- Mount Sinai, Toronto, Ontario**  
Reference, 32:16
- Murphy, Pat, Association catholique manitobaine de la santé**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:61-78
- Muslims**  
*Voir sous*  
Religions
- Myers, Cheryl Mae**  
*Voir*  
Cour suprême de la Nouvelle-Écosse - Sa Majesté la Reine  
contre Cheryl Mae Myers et Michael William Power
- Naissances, contrôle**  
*Voir sous*  
Avortement - Euthanasie
- Nanaimo, Colombie-Britannique**  
*Voir sous*  
Colombie-Britannique - Euthanasie et aide au suicide - Décisions  
judiciaires
- Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 à 367 (C.S.), 1:30-1,32; 4:44; 6:63-6; 7:12; 10:28,34-5; 12:21-2,  
68-70; 13:8; 14:128; 15:85; 17:101-4; 18:55,122; 19:15-6,  
33,41-2; 20:56; 22:5; 25:6,28; 27:56; 28:20,29,35-7; 29:12;  
31:17,27,36; 32:14,28-30,33; 33R:1,38-40,A-29,A-72-3**  
*Voir aussi sous*  
Aide au suicide - Décisions judiciaires  
Euthanasie - Décisions judiciaires
- Narcotiques**  
*Voir sous*  
Drogues et produits pharmaceutiques
- National Coalition of Concerned Mothers**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:73-86; 33R:A-8  
Information de base, rôle, 17:71-2
- National Journal of Constitutional Law**  
*Where Judges Fear to Tread*, Gerald D. Chipeur, 27:47
- NEIMAN, honorable Joan, sénateur, président du Comité**  
Euthanasie et aide au suicide, étude  
Autochtones, 30:27  
Bracelets verts, système, 15:22  
Code criminel  
Modifications, 15:56-7; 19:47-8; 20:44-5  
Commission de réforme du droit, 26:15  
Poursuites judiciaires, sentences, affaire, 20:64  
Meurtre au troisième degré, problèmes, proposition, 29:51-3  
Procureur général, rôle, 31:35  
Comité, rôle, attentes, 17:113; 20:32-3  
Consignes "ne pas réanimer", 18:143  
Coroners, rôle, pouvoirs, responsabilités, 20:19-20; 27:57  
Bureau du coroner en chef de l'Ontario, 20:14  
Colombie-Britannique, 16:71,75-8  
Provinces, 31:35  
Décision, responsabilité, inquiétudes, 18:150; 27:57-8  
Dialyse, candidats, évaluations éthique, 14:151-2  
Directives préalables, 28:11  
Douleur, contrôle, 3:23; 6:45-6; 10:22-3; 12:61-2; 32:69  
Analgésiques, 17:85-6  
Efficacité, statistiques, 19:17-8  
Éducation, manque, effets, 27:45-6



**Mourning**

Guilt, comparison, differences, guilt, 32:33-4

**MS**

*See*

Multiple Sclerosis

**Mullens, Ann (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 30:4-19; 33R:7,68,83, A-8

**Multiple Sclerosis (MS)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 33R:19,24

Video presentation, 25:32-3,37

**Murder**

*See under*

Criminal Code

**Murphy, Pat, Catholic Health Association of Manitoba**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:61-78

**Muslims**

*See under*

Religions

**Myers, Cheryl Mae**

*See under*

Supreme Court of Nova Scotia

**Nanaimo, British Columbia**

*See under*

British Columbia - Euthanasia and assisted suicide - Legal decisions

*Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec et al Statement of facts reproduced from Nancy B. v. Hôtel-Dieu de Québec et al 86 D.L.R. (4th) 385, 1:30-1,32; 4:44; 6:63-6; 7:12; 10:28,34-5; 12:21-2,68-70; 13:8; 14:128; 15:85; 17:101-4; 18:55,122; 19:15-6,33,41-2; 20:56; 22:5; 25:6,28; 27:56; 28:20,29, 35-7; 29:12; 31:17,27,36; 32:14,28-30,33; 33R:1,38-40, A-29,A-72-3*

*See also under*

Assisted suicide - Legal decisions

Euthanasia - Legal decisions

**Narcotics**

*See under*

Drugs and pharmaceutical products

**National Cancer Institute of Canada**

Chronology, 33R:A-28

References, 5:9; 22:29

**National Coalition of Concerned Mothers**

Background information, purpose, role, 17:71-2

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:73-86; 33R:A-8

**National Health and Welfare Department**

*See*

Health Department

**National Journal of Constitutional Law**

Where Judges Fear to Tread, Gerald D. Chipeur, 27:47

**NEIMAN, honorable Joan, sénateur, président du Comité—Suite**

Euthanasie et aide au suicide, étude—Suite

Douleur, contrôle—Suite

"Faire dormir", 13:15

Souffrance, 32:63

Droits individuels et ou collectifs, 27:58

Euthanasie et aide au suicide

Affaire

Hamilton, Ontario, 29:14

Latimer, Tracy, 29:14

Manitoba, 20:62

Nancy B., 10:35

Rodriguez, Sue, décision, 2:30; 13:26; 26:26

Vancouver, Colombie-Britannique, 29:14; 32:19

Définitions, différences, 16:58; 18:60-1; 19:46; 27:45

Directives préalables, 8:32-4; 20:43,83;

Législation, propositions

Compétence, provinces, 2:42; 31:35

Définitions, 11:31; 18:60-1; 20:64-5

Droits, obligations, 10:42

Lignes directrices, garanties, 3:17-8; 7:41; 14:85; 27:57; 32:21

Médecins, procédures de déclaration, problèmes, confiance, 27:57-8; 31:35

Passive, 12:22-3

Personnes âgées, inquiétudes, 14:86; 15:117-8; 32:51

Pouvoir discrétionnaire, 14:141-2

Problèmes d'éthique, 11:30; 32:21-2

Qualifications, 6:68,70

Tribunaux, 27:57-8,80-2

Pays-Bas, situation, études, 17:23,98-9; 18:47-9,91-2;

19:16-7; 21:18-9,39,47,58,63,68-9,71; 27:57; 29:53;

31:35; 32:20

Autres pays, comparaison, 21:32

Pratique clandestine, courante, 29:51

Handicapés et invalides, 15:157-9; 18:104,143

Héroïne, 3:25; 11:15-6

Hôpitaux, décès, 10:22

Mort, médecins, attitude envers, 9:43

Nuland, Sherwin, livre, 10:24

Personnes en état de mort cérébrale, 11:11

Personnes en phase terminale

Demande pour l'euthanasie, 3:22; 14:116-7

Critères, propositions, 26:9-10

Dépression, causes neurologiques, 20:67-8

Droit de refuser un traitement, 4:12; 15:81; 19:30-1; 20:19-20

Infirmières, rôle, consultation, 19:16-7

Nourriture, hydratation, 6:46

Principes moraux professionnels, 16:21-3

Profession médicale

Confiance, manque, effets, 27:58

Infirmières, droit d'objection de conscience, 8:31-2; 27:46

Médecins, rôle, implication, 18:93; 19:46; 22:41; 26:13-4; 32:21,41,69

Recherche, besoin, problèmes, 18:92-3

Serment d'Hippocrate, 1:36-7

Services de santé, 6:71

Coupures, effets, 29:14

Sidéens, 12:38; 16:35-6; 17:59-60; 32:19-20

Société, principes libertaires, 27:58

Soins palliatifs, 4:64-6; 9:43; 15:144,149

Accessibilité, 12:62-3

Autres pays, comparaison, 26:14

**NEIMAN, Hon. Joan, Senator, Chairman of the Committee**

- Euthanasia and assisted suicide, study
  - Aboriginal peoples, 30:27
  - Advance directives, proxies, 28:11
  - AIDS patients, 12:38; 16:35-6; 17:59-60; 32:19-20
  - Brain dead, 11:11
  - Committee, role, expectations, 17:113; 20:32-3
  - Coroners, role, powers, responsibilities, 20:19-20; 27:57
    - British Columbia, 16:71,75-6
    - Office of the Chief Coroner in Ontario, 20:14
    - Provinces, 31:35
  - Criminal Code
    - Attorneys general, 31:35
    - Changes, 15:56-7; 19:47-8; 20:44-5
    - Law Reform Commission, 26:15
    - Judicial prosecution, sentence, decisions, 20:64
    - Third degree murder, problems, proposal, 29:51-3
  - Death, doctors, attitude towards, 9:43
  - Decision, responsibility, concerns, 18:150; 27:57-8
  - Dialysis, 14:151-2
  - Disabled and handicapped people, 15:157-9; 18:104,143
  - Do not resuscitate orders, 18:143
  - Ethical professional principles, 16:21-3; 32:21
  - Euthanasia and assisted suicide
    - Advance directives, 8:32-4; 20:43,83
    - Definitions, differences, 16:58; 18:60-1; 19:46; 27:45
    - Legal decisions
      - Hamilton, Ontario, 29:14
      - Latimer, Tracy, 28:32-3; 29:14
      - Manitoba, 20:62
      - Nancy B., 10:35
      - Rodriguez, Sue, 2:30; 13:26; 26:26
      - Vancouver, British Columbia, 29:14; 32:19
    - Legalization, proposals
      - Definitions, 11:31; 18:60-1; 20:64-5
      - Doctors, reporting procedures, problems, confidence, 27:57-8; 31:35
      - Ethical issues, 11:30; 32:21-2
      - Guidelines, safeguards, 3:17-8; 7:41; 14:85; 27:57; 32:21
        - Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58
      - Jurisdiction, provinces, 2:42; 31:35
      - Passive, 12:22-3
      - Prosecutors, discretion, 14:141-2
      - Qualifications, 6:68,70
      - Rights, duties, 10:42
      - Seniors, concerns, 14:86; 15:117-8; 32:51
      - Tribunals, 27:57-8,60-2
    - Netherlands, situation, studies, 17:23,98-9; 18:47-9,91-2; 19:16-7; 21:18-9,39,47,58,63,68-9,71; 27:57; 29:53; 31:35; 32:20
    - Other countries, comparison, 21:32
    - Practice, clandestine, fairly common, 29:51
    - Green band system, 15:22
    - Health care services, 6:71
    - Cut backs, effects, 29:14
    - Heroin, 3:25; 11:15-6
    - Hippocratic oath, 1:36-7
    - Hospitals, deaths, 10:22
    - Medical profession
      - Confidence, lack, effects, 27:58
      - Nurses, role, right of conscience, 8:31-2; 27:46
      - Physicians, role, implication, 18:93; 19:46; 22:41; 26:13-4; 32:21,41,69

**NEIMAN, honorable Joan, sénateur, président du Comité—Suite**

- Euthanasie et aide au suicide, étude—Suite
  - Soins palliatifs—Suite
    - Compétences, gouvernements fédéral et provinciaux, 17:58; 25:31
    - Normes, 29:14
    - Rôle, 12:28-9
    - Éducation, formation, 15:146-7; 20:43-4; 22:40; 25:31
    - Hôpital St. Paul's, disponibilité, 16:47
    - Maison Michel Sarrazin, 13:14
    - "Ne pas réanimer" et réanimation cardiorespiratoire, 19:29
    - New Brunswick Extra-Mural Hospital, 20:53
    - Recherches, besoin, 25:31
    - Financement, 29:14-5
    - Problèmes, 17:23-4
    - Refus, raisons, 17:70-1; 32:19-20
    - Régime du système de santé, couverture, 17:70
      - Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25
    - Régime réglementaire, proposition du docteur Quill, 20:65
    - Relation patient-médecin, 15:74; 22:41; 32:21-2
    - Santé, ministère, brochure, mise à jour, proposition, 29:14
    - Services externes, 20:53
    - Soins à domicile, Ontario, *Schedule of Benefits, Physician Services under the Health Insurance Act*, 28:23-4
    - Traitements médicaux, interruption, décision, 15:103; 19:16-7,30-1; 26:14
  - Suicide
    - Dépression, relation, 8:71; 14:39-40
    - Statistiques, 32:20
      - Maladie mentale, relation, 15:117
    - Terminologie, difficultés, 2:39
  - Procédure, 2:25-8,43; 9:4,41-4; 14:30,41,48-9,87,91-2,102, 126; 15:83; 17:5; 18:46,149; 21:5,63; 22:21,42-3; 25:41; 32:70
  - Réunion d'organisation, 1:6-10,12-25
  - Témoins, 10:38-40 19:49; 25:31-2,42; 26:15; 27:45; 32:68

**Nelson, Fred, Manitoba Hospice Foundation**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:50-1

**Neron, Carol, Société canadienne du SIDA**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:42-8

**Neubauer, Joahne, Action Committee of People with Disabilities**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:149-59; 33R:A-8

**Neudorf, George et Nettie, Sardis, Colombie-Britannique**

- Mémoire présenté, 33R:A-15

**New Brunswick Association For Community Living**

- Mémoire présenté, 33R:A-15

**New Brunswick Extra-Mural Hospital**

- Voir
  - Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick

**New Brunswick Extra-Mural Hospital Association**

- Voir
  - Association de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick

**New England Journal of Medicine**

- Références, articles, 22:26-7; 32:22; 33R:A-20,A-23
- Annas, George, avocat, Boston University, 27:15
- Brody, Howard, 23:8



**NEIMAN, Hon. Joan, Senator, Chairman of the Committee—Cont'd**

**Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd**

Nuland, Sherwin B., *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, New York: Knopf, 1994. 10:24; 33R:A-19

Pain control, 3:23; 6:45-6; 10:22-3; 12:61-2; 32:69

Analgesics, 17:85-6

Efficiency, statistics, 19:17-8

Education, lack, effects, 27:45-6

Induced sleep, 13:15

Suffering, 32:63

Palliative care, 4:64-6; 9:43; 15:144,149

Accessibility, 12:62-3

Do not resuscitate and cardiopulmonary resuscitation, 19:29

Doctor-patient relation, 15:74; 22:41; 32:21-2

Education, training, 15:146-7; 20:43-4; 22:40; 25:31

Health Department, pamphlet, update, proposal, 29:14

Home care, Ontario, *Schedule of Benefits, Physician Services under the Health Insurance Act*, 26:23-4

Jurisdictions, federal and provincial governments, 17:58; 25:31

Role, 12:28-9

Standards, 29:14

Medical treatment, withdrawal, decision, 15:103; 19:16-7, 30-1; 26:14

Medicare, coverage, 17:70

Other countries, comparison, 26:14

Outpatient care, 20:53

Refusing, reasons, 17:70-1; 32:19-20

Regulatory regime, proposal by Quill, 20:65

Research, need, 25:31

Financing, 29:14-5

Problems, 17:23-4

St. Paul's Hospital, availability, 16:47

Research, need, problems, 18:92-3

Right to Die Society of Canada, 25:42

Rights, individual and or collective, 27:58

Society, libertarian principles, 27:58

Suicide

Depression, relationship, 8:71; 14:39-40

Statistics, 32:20

Mental illness, relationship, 15:117

Terminally ill patients

Depression, neurological reasons, 20:67-8

Nurses, role, consultation, 19:16-7

Nutrition, hydration, 6:46

Requests for euthanasia, 3:22; 14:116-7

Criteria, 26:9-10

Right to refuse treatment, 4:12; 15:81; 19:30-1; 20:19-20

Terminology, problems, 2:39

Organization meeting, 1:6-10,12-25

Procedure, 2:25-8,43; 9:4,41-4; 14:30,41,48-9,87,91-2,102, 126; 15:83; 17:5; 18:46,149; 21:5,63; 22:21,42-3; 25:41; 32:70

Witnesses, 10:38-40; 13:14; 19:49; 20:53; 25:31-2,42; 26:15; 27:45; 32:68

**Nelson, Fred, Manitoba Hospice Foundation**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:50-1

**Neron, Carol, Canadian AIDS Society**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:42-8

**New England Journal of Medicine—Suite**

Références, articles—Suite

Harvard, pédiatres, 27:19

Medical science under dictatorship, Leo Alexander, 1949, 8:17

Quill, Timothy, 20:60-2,65

**New York State Task Force on Life and Law**

Voir

Groupe de travail de l'État de New York sur la vie et le droit, mai 1994

**Niagara Community Impact Committee (CIC)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 31:4-14; 33R:A-8

**Niemic, affaire**

Voir

*Procureur Général du Canada c. Hôpital Notre Dame et Niemic*

**Nieuwenkamp, Johanna Kits, ministère de la Santé, Pays-Bas**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:26,30-1,57; 33R:A-12, A-119,A-137

**Norbury, Dennis, Volunteer Home Support Group**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:60-71

**Norejko, Vito, London, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Normandin-Miller, Louise (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:18-26; 9:3-4; 15:130-2; 33R:A-8

**Norwich United Church**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Nouveau parti démocratique**

Voir sous

Ontario, Formule Rand

**Nouveau-Brunswick**

Comité, rapport, publications gouvernementales, 33R:A-24

Directives préalables, état du droit, 33R:50,A-65

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi

Soins palliatifs, 33R:A-107-8

Accès, 24:28-9

Pastorale, services, rôle, 24:20-33

Programmes d'hôpitaux extra-muros, 4:21-2; 20:48-54;

23:13-4; 24:28-9; 28:32; 32:17,56; 33R:6-7

Patients, coûts, comparaison, 23:38

**Nouveaux-nés**

Voir

Avortement

Enfants

**Nouvelle-Écosse**

Comité, rapport

Chronologia, 33R:A-32

Publications gouvernementales, 33R:A-24

Directives préalables, 33R:49,A-65,A-68

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,52

Soins palliatifs, 23:29-42; 33R:A-109

Accès, 23:38-9; 24:29

Statistiques, 24:28



**Netherlands**

- Committee, report
- Government publications, 33R:A-23
- Medical Decisions Concerning the End of Life in the Netherlands, 33R:A-115-48
- European charter of rights, role, 21:64-5
- Euthanasia and assisted suicide
  - Anti-euthanasia, reasons, 21:36-7
  - Basic presumption, 8:13
  - Categories of persons who can be euthanized, 17:88-9,92,96; 18:47
  - Consequences, 8:6; 15:98; 18:44
  - Criminal Code, law system, obligations, 18:46-9,127; 21:9,33, 47,60
  - Art. 40, 21:32
  - Art. 293 and 294, 21:39-41,51
  - Burden of proof, 21:51
  - Convictions, 21:34-8
    - Maximum prison term, 21:41,51
    - Suspension of permit, 21:61-2
  - Definitions, 21:39-40
  - Enforcement, 21:56-7
  - Illegal, 21:41,45; 22:13
  - Prosecution, district attorney
    - Advance judicial ruling, discussion, case, 21:45
    - Opposition, comments, 22:13
  - Criteria, 21:34-5
    - Abuse, powers, 17:94-6
  - Rummelink Commission, report, 1:35; 7:16-7; 12:10; 17:46-7; 33R:A-127,A-135-40,A-142
  - Findings, 18:45,48,66-7,127,138
  - "Life-terminating acts without explicit request", explanation, 6:60-1; 21:29
  - Statistics, 2:33,37-8,40-1; 6:49; 14:129; 17:90-1; 18:45, 140; 21:9-10,15,27,35; 26:4
  - See also*
    - Rummelink Commission
  - Role, 21:33,39,44-5,60-1
  - Definitions, decision procedure, 18:91; 21:6; 33R:11-5
  - Patient-centred issue, initiative, 21:40,45-6
    - Autonomy, self-determination, 21:41,44
  - Refusal of treatment, 21:37,58
    - Depression, psychiatric, physical, differences, intrusion, effects, 21:50-3
  - See also below*
    - Requests
  - Physician-centred issue, initiative, 21:40-1
    - Active non-voluntary, without consent, unrequested, 4:22, 56-7; 12:76; 14:130-1; 15:98-9; 18:66,127-8; 31:5
    - Comatose patient, irreversible, 21:34,40-1,45 91-2,139; 21:10,25,34,65
    - Definitions, 33R:13-5
    - Figures, interpretation, 21:20-2,26-9
    - Newborns, handicapped, disabled infants, 18:101; 21:17-8,33-4,40-1
    - Seniors, concerns, 6:50; 14:25,139,145; 17:99-100; 18:45
    - See also below*
      - Life-terminating acts without explicit request
      - Requests - Negative state
  - Ethics, intentions, guidance, moral evaluation, reasons, 21:12-4,18,35,41,43-4

**Nouvelle-Écosse—Suite**

- Soins palliatifs—Suite
  - Cancer, services, 23:14-5
  - Éducation, 22:34; 33R:A-10,A-109
- Voir aussi*
  - Cour suprême de la Nouvelle-Écosse - *Sa Majesté la Reine contre Cheryl Mae Myers et Michael William Power*

**Nouvelle-Zélande**

- Soins palliatifs, éducation, comparaison, 22:22

**Nova Scotia Palliative Care Association**

- Voir*
  - Association des soins palliatifs de la Nouvelle-Écosse

**Noyes, Sheila (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:5-10; 33R:69,80,A-8

**NPR**

- Chronologie, 33R:A-27
- Voir aussi sous*
  - Euthanasie - "Ne pas réanimer"
  - Personnes handicapées et invalides - Euthanasie et aide au suicide - Déficience intellectuelle
  - Soins palliatifs - "Ne pas réanimer"

**Nuland, Sherwin B.**

- How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, New York: Knopf, 1994, références, 10:24; 11:22,29; 33R:A-19

**Nurses for Life**

- Voir*
  - Canadian Nurses for Life

**O'Brien, J.V., Baddeck, Nouvelle-Écosse**

- Mémoire présenté, 33R:A-16

**Observer**

- Église Unie du Canada, 27:44

**O'Connor, Barbara, Hospice of All Saints**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:51-63

**Ogden, Russel D. (présentation personnelle)**

- American Society of Criminology Conference*, "Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and the United States", 33R:A-54-5
- Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*, Vancouver: Perreault/Goedman Publishing, 1994, 12:46-7; 14:75; 20:55; 33R:A-19
- Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:72-87; 33R:31,56,69, A-9,A-25
- Journal of Palliative Care*, "Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?", 14:76-7; 33R:A-22

**OHIP**

- Voir*
  - Ontario Health Insurance Plan

**Oldham, John (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:10-28; 33R:44-5,56-7, A-9
- There Is A Time To Die*, mémoire au Comité, 18:11-2

Netherlands—*Cont'd*Euthanasia and assisted suicide—*Cont'd*Definitions, decision procedure—*Cont'd*Physician-centred issue, initiative—*Cont'd*

Life-terminating acts without explicit request, 21:12-3,20-1, 71-2

*See also above*

Active involuntary

Medical decisions concerning the end of life, 29:29

Alleviate pain and symptoms, 21:12-3

Cessation of medically pointless treatment, 21:18-9,44

Non-treatment decisions which were taken at least partly for the purpose of hastening the end of the patient's life, 21:12-3,45

Withdrawal of instruments, 21:37,45; 33R:14

Second opinion, consultation, 4:22-3; 18:44,46; 19:17; 21:16,47,50-1,69-70

"Slippery slope", concerns, 21:35-6,41-2,58

*See also below*

Society

Doctor-patient relationship, 2:36; 21:31; 26:10; 32:10

Economic considerations, 18:90-1

European Convention on Human Rights, 17:95

Experience, examples, 1:35,39-40; 2:5-6; 6:61,68-9; 9:10; 11:10; 14:48; 15:98-9,110-2,117; 17:40,43,46-7,59,88-9; 18:32-3,39,84,86-7,91,115,127-8,138-9; 19:50-1; 20:39-40,83; 21:15-7,24-6,34-6; 24:7,26-7; 25:13

Fenigsen, Richard, *Law and Medicine*, 18:44-5; 33R:A-20

Films, reference

*Appointment with Death*, 6:69

TVO, film on euthanasia in the Netherlands, 2:5,6

Guidelines, safeguards, quality control system, regulations, 2:19; 4:22; 6:49-50, 53,55-6; 13:12; 14:25; 15:111-2; 17:46-7,89-90; 18:43-9,86-7,127-8,135-6; 20:59-60; 21:16,34-5,41,52; 26:10,14; 28:20; 29:13

Abuse, 27:18

Problems, deficiency, 21:46,69,71-2

Procedural, 21:42,46

Substantive, 21:42,46

Health care system, 21:6-7,67

Humane, 18:129

Justice Department, 21:56

Justification, 6:12; 18:46

Legal decisions, examples, discussion, 21:45,60

*Bland*, 31:20*Chabot*, 12:11-2; 14:38; 18:44,46-7; 21:35,47-55,58-9,61, 63,69-70; 33R:A-129,A-131-4,A-144*Cohen* 17:98-9*Cox*, 33R:A-125-6,A-151*der Tarp*, 21:35,61; 33R:A-126-7*Duintjer*, 33R:A-131

Gynaecologist ended the life of a child with severe congenital abnormalities, 21:37

*Kors*, 33R:A-130-1

Legislation, provisions, questionnaire, opposition, proposals, 17:94-9; 18:46-9; 21:5-6,9,68-9

Burial Act, enforcement, 21:56-7

Clarification, 21:16

Parliament, 21:53-6

Powers, 21:63-5; 26:6

Supreme Court, 21:33,40-1

*Chabot* case, 21:47-50,52-5,58-9,63

Interpretation, 21:35,43

Concerns, inconsistency, 21:46,52

## On Regulating Death

Keown, John, article, citation, 15:8

## Ontario

Comité, rapport

Directives préalables

État du droit, 33R:47,A-65,A-67

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,52

Publications gouvernementales, 33R:A-24

Coroners, lignes directrices, 20:6-7,19-20,82; 33R:15,26-7,29

Cour suprême, tribunaux, propositions, 27:56

Directives préalables, état du droit, 25:18; 28:11; 32:56

Douleur, traitement, gestion, rôle, 10:22-3

Euthanasie

Bureau du procureur de la Couronne, rôle, 29:40-54; 33R:80-1, A-80-4

Décisions judiciaires, récentes, 9:33-4; 14:82

Affaires, enquêtes, conclusions, 20:7-8,13-5

Hamilton, affaire, 29:14

*Malette c. Shulman* (1990), 72 O.R.(2d) 417 (C.A.), 10:30, 40,43; 20:57,60; 33R:40,A-28,A-77Stoney Creek, *Brush, Cecil*, 25:33; 33R:A-32,A-73-6Timmins, *De la Roche*, 29:40-54; 33R:80-1,A-80-4

Formule Rand, Nouveau parti démocratique, gouvernement, 26:20-1

Législation, 25:9; 32:67-8

Consentement au traitement, Loi, 20:71-2,78-9; 32:56-8

Intervention, Loi, 32:56

Loi ontarienne des droits de la personne, 26:18-9

Personnes âgées, protection, 32:65

Prise de décisions au nom d'autrui, Loi, 8:33,52-3; 10:38; 20:70-2,78-9,83; 32:56,66

Personnes en phase terminale, 4:62,64-5

Définitions, 26:19,21

Soins palliatifs, 10:6-7,13; 33R:A-104-6

Définitions, 26:17,19

Éducation, formation, initiatives, 4:62,64-5; 17:75-6; 22:34-5; 33R:A-105

Hospices, mouvement, services

Développement, 10:5

Financement, 10:20

Services, programmes, 10:19-20

Soins à domicile, ministère de la Santé, effets, 26:16

Ministre, lettre, référence, 26:19-20

*Schedule of Benefits: Physician Services*, soins à domicile et communautaires, médecins, pas reconnus, 26:17,20,23-4

Conseil de parents, examen disciplinaire, 26:21

*Rodriguez, Sue*, affaire, comparaison, 26:18,21,26

## Ontario Health Insurance Plan (OHIP)

*Voir sous*

Assurance-santé de l'Ontario

## Ontario Medical Review

Latimer, Elizabeth, référence, février 1922, citation, 8:12

## Ontario Office of the Crown Attorney

*Voir*

Bureau du procureur de la Couronne de l'Ontario

## Ontario Palliative Care Association

*Voir*

Association des soins palliatifs de l'Ontario



**Netherlands—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide—Cont'd**

Legislation, provisions, questionnaire, opposition, proposals—*Cont'd*

**Supreme Court—Cont'd**

Landmark ruling, 1984, 21:43-4,53,68,70

Powers, 21:63-4; 26:6

Transparency, 21:56

*See also above*

Criminal Code

**Medical profession**

Anti-euthanasia, minority, reasons, 21:36-7

Attitude, 17:93-4,96-7; 21:12

Doctors, physicians, 32:7-10

Anaesthetist, role, Peter Admiraal, 17:91

Conviction, consequences, 18:139; 21:12

Punishment, 21:14,34-6

Cooperation with government, 17:92,96-7; 20:59

*See also below*

Reporting procedure

Disciplinary court, 21:60-1,64

Duties, conflicts, 21:40,43,51

Figures, 21:25-6

Guidelines, 21:25,40-2,69

Nurses, decision-making process, regulations, none, effects, 21:7,21-3,59,70-1

Post-euthanasia syndrome, 21:67-8

Psychiatrists, concerns, 21:58

Reporting procedure, mandatory, difficulties, concerns, 2:37-8; 16:75; 18:44; 21:16,56-9,69; 22:18

After the act of euthanasia, 26:5,12

*See also*

Rommelink Commission

Second opinion, consultation, 4:22-3; 18:44,46; 19:17; 21:16,47,49-50,58-9

Training, 21:62-3

Transparency, openness, difficulties, 21:42,47,56

*Medical Power, Medical Ethics*, influence on doctors, 17:94, 100

Other countries, differences, comparison, 21:6,26,40; 22:13; 25:27; 26:4; 29:5,12-3,49; 30:11

Medical associations, attitude, 17:92-3; 25:4-33

Patients, access to euthanasia, 17:92-3; 21:31

Percentage of all deaths, 8:10; 17:90-1

Population, attitude, opinion, 17:93; 18:84,86-7

Survey, 21:29-30

Seniors, 21:24-5

Concerns, 30:12

*See also below*

Statistics - Analysis - Survey

**Rommelink Commission**

*See*

Rommelink Commission

**Requests, 18:44,86-7**

Advance directives, 21:19-20,24

AIDS, 21:17; 27:37

Alzheimer, 21:17-8

Consent, fundamental, voluntary, 21:19,44; 28:20

Intrusion, indirect, involuntary, 21:50-1; 28:25-6

Denied, percentage, 8:65

Depression, 21:17

**Family**

Could no longer cope, concerns, 21:65-6

Not allowed, illegal, 21:19-20

**Opinion publique**

*Voir sous*

Euthanasia

**Organisation mondiale de la santé**

Références, 22:30

**Orwell, George**

1984, référence, 31:5

**Osborg, Bernard (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:136-9; 33R:A-9

**Ottawa-Carleton Regional Palliative Care Association**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Oxford Textbook of Palliative Medicine**

Doyle, Derek, Geoffrey W.C. Hanks et Neil MacDonald, Oxford University Press, 1993, 26:16; 30:18; 33R:A-19

**Palliative Care and Euthanasia, a Continuum of Care**

Ogden, Russel D., *Journal of Palliative Care*, 14:76-7; 33R:A-22

**Pankratz, H. Robert C., Canadian Physicians for Life;**

Compassionate Healthcare Network Association

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:21,24,27-8,30-4,37-8, 40; 15:116; 33R:32

Notes biographiques, 14:21

**Paralysie cérébrale**

Euthanasie et aide au suicide, effets, 28:33

**Parizeau, Alice**

*Une femme*, références, 13:11,25

**Parlement**

*Voir sous*

Euthanasie - Législation

**Parti libéral du Canada**

Référence, sondage, 6:22

**Parti réformiste du Canada**

Résultats préliminaires d'un sondage d'électeurs sur l'aide médicale au suicide, automne, 1994, 18:88-9; 33R:A-26

**Passer un revin de ténèbres**

Evangelical Fellowship of Canada, mémoire, 15:57-67

**Patients**

Directives préalables, patients incapables, consentement de la famille, 15:30-1; 32:45,60,66-8

Droits et libertés, 4:19; 8:19; 24:30 24:30; 27:5; 32:6-9,41, 57-8

Auto-détermination, autonomie, 20:69; 22:20; 31:7-8; 32:41-2,59,66-8

Compétence, 1:45 22:20; 32:45

Incompétence, 23:17; 32:45

Prise de décision, 25:7-9

Patient-médecin, relation, importance, 24:7; 26:10; 30:18; 32:10,21-2,57; 33R:7-8

Nature unique de chaque patient, 23:7-8,10; 27:8-9

Soins de santé, système, consommateur, changement, rôle, 19:18-9,27; 32:54-5



**Netherlands—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide—Cont'd****Requests—Cont'd****Family—Cont'd**

Support, need, 21:86-7

Non-somatic, non-psychiatric, 21:49

Persistent vegetative state, coma, criteria, 21:19,34

Psychiatric patient and patients who are mentally suffering,

21:47-55; 32:50-1

*See also above*

Definitions - Patient-centred issue

Research, effects, 21:70; 25:17

Consultation, lack, 19:16-7

*House of Lords Select Committee on Medical Ethics*, report,  
4:56; 5:16,32-3; 6:12; 8:36; 12:8,10; 14:17-8,35; 15:92,  
97; 21:26; 22:48-9,51-2,54-5; 33R:A-149-50,A-152

Project, situation, 16:75

Studies, results, 17:6-7,21,23; 18:84; 19:10,16-7

Canadian context, 17:7

**Society**

Evolution, 21:46-7

History, 21:40-1

Quality of life, 18:128-9

Tolerance, open discussion, 21:36,40

Statistics, data, 21:6-11,56,65-6

Analysis, interpretation, 21:12-5,20-1

Reliability, lack, 18:147; 21:16,62

Survey, 21:24-5

*See also*

Rommelink Commission

Universities, attitude, 17:94

**Pain control, treatment**

Absence, 5:18; 17:47,91,94; 18:45,91; 21:11

Morphine, overdoses, 2:40; 17:47,90-1; 18:91; 26:13

Teams, 21:28

Uncontrolled pain, figures, 21:24,26-7; 26:9

Palliative care, 4:9; 14:137; 17:91; 18:33,45,91; 21:16-7,28-9;

22:17; 26:7-8; 27:33; 33R:14

Comprehensive Cancer Centres, 21:28

Nursing home system

Figures, 21:28-9,37-8

Training, doctors, 21:62-3

Patients, options, awareness, 20:83; 26:14

Suicide, 21:51

**Netherlands Medical Association***See*

Royal Dutch Medical Association

**Neubauer, Joahne, Action Committee of People with Disabilities**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:149-59; 33R:A-8

**Neudorf, George and Nettie, Sardis, British Columbia**

Written submission, 33R:A-15

**New Brunswick**

Advance directives, impact, 33R:47,A-65

Committee recommendations, 33R:ix-xi,50

Committee, report, government publications, 33R:A-24

Palliative care, 33R:A-106-7

Access, 24:28-9

Extra-mural hospital programs, 4:21-2; 20:48-54; 23:13-4;

24:28-9; 28:32; 32:17,56; 33R:6-7

Patients, costs, comparison, 23:38

**Patients—Suite***Voir aussi*

Euthanasie

Personnes âgées

Personnes en phase terminale

Sidéens, patients

Soins palliatifs

**Pauvreté**Euthanasie, conditions socio-économiques, démunis, inquiétudes,  
22:49**Pays-Bas**

Charte des droits européenne, rôle, 21:64-5

Comité, rapport

Décisions médicales concernant la mort au Pays-Bas,

33R:A-117-52

Publications gouvernementales, 33R:A-24

Douleur, traitement

Absence, 5:18; 17:47,91,94; 18:45,91; 21:11

Douleur non contrôlée, chiffres, 21:24,26-7; 26:9

Équipes spécialisées, 21:28

Morphine, utilisation, surdosage, 2:40; 17:47,90-1; 18:91;  
26:13

Euthanasie et aide au suicide

Autres pays, différences, comparaison, 21:6,26,40; 22:13;

25:27; 26:4; 29:5,12-3,49; 30:11

Associations médicales, attitude, 17:92-3; 25:4-33

Patients venant d'autres pays, accès à l'euthanasie, 17:92-3;  
21:31Catégories de personnes pouvant être euthanasiées, 17:88-9,  
92,96; 18:47

Code criminel, système judiciaire, obligations, 18:46-9,127;

21:9,33,47,60

Application, 21:56-7

Art. 40, 21:32

Art. 293 et 294, 21:39-41,51

Convictions, punition, 21:34-6

Peine d'emprisonnement maximal, 21:41,51

Suspension de pratique, 21:61-2

Définition, 21:39-40

Fardeau de la preuve, 21:51

Illégalité, 21:41,45; 22:13

Poursuite, procureur de district

Commission Rommelink, rapport, 7:16-7; 12:10; 17:46-7;  
33R:A-138-9,A-142,A-145Actes mettant fin à la vie sans qu'il y ait eu une demande  
explicite, explication, 6:60-1; 21:29

Conclusions, 18:45,48,66-7,127,138

Statistiques, 2:33,37,40-1; 6:49; 14:129; 17:90-1; 18:45,  
140; 21:9-10,15,27,35; 26:4*Voir aussi*

Commission Rommelink

Critères, 21:34-5; 22:13

Abus, pouvoirs, 17:94-6

Décision judiciaire préalable, discussion, 21:45

Opposition, commentaires, 22:13

Rôle, 21:33,39,44-5,60-1

*Voir aussi plus bas*

Législation

Conséquences, 8:6; 15:98; 18:44

Consultations, lacunes, 19:16-7

Contre l'euthanasie, raisons, 21:36-7

Convention européenne des droits de l'homme, 17:95

**New Brunswick—Cont'd**

## Palliative care—Cont'd

Pastoral care, role, 24:20-33

**New Brunswick Association For Community Living**

Written submission, 33R:A-15

**New Brunswick Extra-Mural Hospital Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:48-54; 33R:22-3, A-8, A-106

**New Democratic Party**

## See under

Ontario - Rand formula

**New England Journal of Medicine**

References, articles, 22:26-7; 32:22; 33R:A-20, A-23

Annas, George, lawyer, Boston University, 27:15

Brody, Howard, 23:8

Harvard, pediatrician, 27:19

Medical science under dictatorship, Leo Alexander, 1949, 8:17

Quill, Timothy, 20:60-2, 65

**New York State Task Force on Life and the Law, May 1994**

## When Death is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the

Medical Context, references, 8:36, 45; 12:10; 15:9-10, 97;

18:32; 31:15; 33R:A-112-4

**New Zealand**

Palliative care, education, comparison, 22:22

**Newborns**

## See

Abortion

Children

**Newfoundland**

Advance directives, legal status, 33R:A-66

Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers, reintroduction, March 16, 1995, 33R:47

Committee recommendations, 33R:ix-xi, 50

Palliative care, 33R:A-109

**Niagara Community Impact Committee (CIC)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 31:4-14; 33R:A-8

**Niemic, case**

## See

Procureur Général du Canada v. Hôpital Notre Dame et Niemic

**Nieuwenkamp, Johanna Kts, Ministry of Health, Netherlands**

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:26, 30-1, 57;

33R:A-12, A-117, A-135

**Norbury, Dennis, Volunteer Home Support Group**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:60-71

**Norejko, Vito, London, Ontario**

Written submission, 33R:A-16

**Normandin-Miller, Louise (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 5:18-26; 9:3-4;

15:130-2; 33R:A-8

**Pays-Bas—Suite**

## Euthanasie et aide au suicide—Suite

Décisions judiciaires, exemples, discussion, 21:45, 60

Bland, 31:20

Chabot, 12:11; 14:38; 18:44, 46-7; 21:35, 47-55, 58-9, 61, 63, 69-70; 33R:A-131, A-133-6, A-148

Cohen, 17:98-9

Cox, 33R:A-127-8, A-155

der Terp, 21:35, 61; 33R:A-129

Duintjer, 33R:A-133

Gynécologue ayant mis fin à la vie d'un enfant avec de graves malformations congénitales, 21:37

Kors, 33R:A-132-3

Définitions, prise de décision, 18:91; 21:6; 33R:11-5

Médecin, décision, initiative, 21:40-1

Actes mettant fin à la vie sans demande explicite du patient, 21:12-3, 20-1, 71-2

## Voir aussi plus bas

Active non volontaire

Active non volontaire, sans consentement, 4:22, 56-7;

12:76; 14:130-1; 15:98-9; 18:66, 127-8; 21:40; 31:5

Chiffres, interprétation, 21:20-1, 26-9

Coma irréversible, patients, 21:34, 40-1, 45

Définitions, 33R:14-6

Nouveaux-nés handicapés, 18:101; 21:17-8, 33-4, 40-1

Personnes âgées, inquiétudes, 6:50; 14:25, 139, 145;

17:99-100; 18:45, 91-2, 139; 21:10, 25, 34, 65

## Voir aussi plus haut

Actes mettant fin à la vie sans demande explicite du patient

## Voir aussi plus bas

Demandes - Végétatif persistant, état

Décision médicale concernant le fait de mettre fin à la vie, 28:29

Décisions de ne pas traiter le patient qui est prise, au moins en partie, pour hâter son décès, 21:12-3, 45

Interruption de traitement, 21:37, 45

Inutile, 21:18-9, 44

Deuxième avis, consultation, 4:22-3; 18:44, 46; 19:17;

21:16, 47, 50-1, 69-70

Éthique, intentions, évaluation morale, raisons, 21:12-4, 18, 35, 41, 43-4

"Pente glissante", inquiétudes, 21:35-6, 41-2, 58

Soulagement de la douleur et des symptômes, 21:12-3

Patient, décision, initiative, 21:40, 45-6

Autodétermination, autonomie, 21:41, 44

Refus de traitement, 21:37, 58

Dépression, psychiatrique, physique, différences, intrusion, effets, 21:50-3

## Voir aussi plus bas

Demandes

Demandes, 18:44, 86-7

Alzheimer, 21:17-8

Consentement, fondamental, volontaire, 21:19, 44; 28:20

Définitions, 33R:14-6

Intrusion indirecte, 21:50-1

Dépression, 21:17

Directive préalable, 21:19-20, 24

Définitions, 33R:15, 47

Familles, 31:6

Besoin d'appui, 21:66-7

Interdiction, illégale, 21:19-20

Ne pouvant plus faire face à la situation, inquiétudes, 21:65-6



**Northwest Territories**

- Advance directives, legal status, 33R:A-66
- Committee recommendations, 33R:ix-xi,50
- Standards and Procedures for Advanced Treatment Directives for both Coordinated Home Care Programs and Facility based Long Term Care Programs*, 33R:48
- Palliative care, 33R:A-110

**Norwich United Church**

- Written submission, 33R:A-16

**Nova Scotia**

- Advance directives, impact, 33R:47,A-65,A-68
- Committee recommendations, 33R:ix-xi,50
- Committee, report
- Chronology, 33R:A-31-2
- Government publications, 33R:A-24
- Palliative care, 23:29-42; 33R:A-107-8
- Access, 23:38-9; 24:29
- Statistics, 24:28
- Cancer service, 23:14-5
- Education, 22:34; 33R:A-107-8
- See also*
- Supreme Court of Nova Scotia

**Nova Scotia Palliative Care Association**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 23:29-42; 33R:A-8

**Noyes, Sheila (Personal presentation)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 18:5-10; 33R:67,77-8, A-8

**NTD**

- See*
- Netherlands - Euthanasia and assisted suicide - Definitions
- Non-treatment decisions

**Nuland, Sherwin B.**

- How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, references,
- New York: Knopf, 1994, 10:24; 11:22,29; 33R:A-19

**Nurses**

- See under*
- Medical profession

**Nursing homes system**

- See under*
- Long term care

**O'Brien, J.V., Baddeck, Nova Scotia**

- Written submission, 33R:A-16

**Observer**

- United Church of Canada, 27:44

**O'Connor, Barbara, Hospice of All Saints**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 12:51-63

**Of Life and Death**

- Euthanasia and Assisted Suicide, Special Senate Committee, final report
- Acknowledgements, 33R:vii-viii
- Advance Directives, 33R:47-50

**Pays-Bas—Suite****Euthanasie et aide au suicide—Suite****Demandes—Suite**

- Malade psychiatrique et le malade qui souffre psychologiquement, 21:47-55
- Non-somatiques, non-psychiatriques, 21:49
- Refusées, pourcentage, 8:65
- Sidéens, 21:17; 27:37
- Végétatif persistant, état, coma, critères, 21:19,34
- Voir aussi plus haut*

**Définitions - Patient, décision**

- Expérience, exemples, 1:35,39-40; 2:5-7; 6:61,68-9; 9:10,14; 11:10; 14:48; 15:98-9,110-2,117; 17:21,40,43,46-7,59, 88-9,92-4; 18:8,32-3,39,84,86-7,91,115,127-8,138-9; 19:50-1; 20:39-40,80,83; 21:14-7,20-1,23-6,29,34-6, 53-4,59,65-7,70; 22:18;; 24:7,26-7; 25:13; 27:18

**Facteurs économiques, 18:90-1**

- Fenigsen, Richard, *Law and medicine*, 18:44-5; 33R:A-20

**Films, références**

- Rendez-vous avec la mort*, 6:69
- TVO, film sur l'euthanasie aux Pays-Bas, 2:5,6

**Hypothèse de base, 6:13**

- Justica, ministère, 21:56

**Justification, 6:12; 18:46**

- Législation, dispositions, questionnaire, opposition, proposition, 17:94-9; 18:46-9; 21:5-6,9,68-9

**Burial Act, application, 21:56-7****Clarification, 21:16****Cour suprême, 21:33,40-1**

- Chabot*, affaire, 21:47-50,52-5,58-9,63

**Décision marquante, 1984, 21:43-4,53,68,70****Interprétation, 21:35,43****Inquiétudes, incohérences, 21:46,52****Pouvoirs, 21:63-4; 26:6****Parlement, 21:53-6****Pouvoirs, 21:63-5; 26:6****Transparence, 21:56*****Voir aussi plus haut*****Code criminel**

- Lignes directrices, garanties, système de contrôle de qualité, règlements, 2:19; 4:22; 6:49-50,53,55-6; 13:12; 14:25; 16:111-2; 17:46-7,89-90; 18:43-9,86-7,127-8,135-6; 20:59-60; 21:16,34-5,41,52; 26:10,14; 28:20; 29:13

**Abus, 27:18****Pratiques, 21:42,46****Problèmes, déficiences, 21:46,69,71-2****Théoriques, 21:42,46****Patient-médecin, relation, 2:36; 21:31; 26:10****Population, attitude, opinion, 17:93; 18:84,86-7****Sondage, 21:29-30****Personnes âgées, 21:24-5****Inquiétudes, 30:12*****Voir aussi plus bas*****Statistiques - Analyses - Sondage****Pourcentage de morts, 6:10; 17:90-1****Pouvoir médical, éthique médicale, influence sur les médecins, 17:94,100****Profession médicale****Attitude, 17:93-4,96-7; 21:12****Contre l'euthanasie, minorité, raisons, 21:38-7****Infirmiers et infirmières, rôle, 26:25-6****Prise de décision, participation, règlements, aucun, effets, 21:7,21-3,59,70-1**



**Of Life and Death—Cont'd**

Euthanasia and Assisted Suicide, Special Senate Committee, final report—*Cont'd*

## Appendices

- A - Witnesses at Public Hearings, 33R:A-1-12
  - B - Written Submissions Received, 33R:A-13-7
  - C - Material Received by the Committee, 33R:A-19-25
  - D - Chronology of Major Canadian Developments and Events, 33R:A-27-32
  - E - Legislative Proposals Previously Introduced to Parliament, 33R:A-33-4
  - F - Relevant Provisions of the Criminal Code and the Quebec Civil Code, 33R:A-35-42
  - G - Sample Amendment Proposals, 33R:A-43-8
  - H - Suggested Procedural Guidelines, 33R:A-49-58
  - I - British Columbia Policy Guidelines, 33R:A-59-63
  - J - Citations for Advance Directives Legislation in Canada, 33R:A-65-6
  - K - Sources for Sample Directives, 33R:A-67-8
  - L - Summary of Relevant Canadian Court Decisions, 33R:A-69-83
  - M - Palliative Care in Canada, 33R:17,A-85-110
  - N - Recent Reports from Foreign Jurisdictions, 33R:A-111-14
  - O - Medical Decisions Concerning End of Life in the Netherlands, 33R:A-115-48
  - P - Assisted Suicide and Euthanasia in Foreign Jurisdictions, 33R:A-149-73
- Assisted Suicide, 33R:51-74
- Conclusion, 33R:91
- Euthanasia, 33R:75-89
- Introduction, 33R:1-2
- Membership, 33R:iv
- Orders of reference, 33R:v-vi
- Overview, 33R:3-9
- Pain Control and Sedation Practices, 33R:25-36
- Palliative Care, 33R:17-24,A-85-110
- Recommendations, 33R:ix-xi,24,32,36,46,50,74,88-9
- Table of contents, 33R:iii
- Terminology, 33R:11-5
- Title page, 33R:i
- Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatment, 33R:37-46

**Office of the Coroner of Ontario***See*

Ontario Office of the Chief Coroner

**Office of the Crown Attorney of Ontario***See*

Ontario Office of the Crown Attorney

**Ogden, Russel D. (Personal presentation)**

*American Society of Criminology Conference, "Safeguarding Euthanasia: Legislative Proposals in Canada and the United States", 33R:A-54-5*

*Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS, Vancouver:*

Perreault/Goedman Publishing, 1994, references, 12:46-7; 14:75; 20:55; 33R:A-19

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:72-87; 33R:28,54, 67,A-8,A-25

*Journal of Palliative Care, "Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?", 14:76-7; 33R:A-22*

**Pays-Bas—Suite**

Euthanasie et aide au suicide—*Suite*

Profession médicale—*Suite*

## Médecins

- Anesthésiste, rôle, Peter Admiraal, 17:91
- Chiffres, 21:25-6
- Condamnation, conséquences, 18:139; 21:12
- Peine, 21:14,34-8
- Coopération avec le gouvernement, 17:92,96-7; 20:59
- Voir aussi plus bas*
- Déclaration obligatoire
- Déclaration obligatoire, procédure, difficultés, inquiétudes, 2:37,38; 16:75; 18:44; 21:16,56-9,69; 22:18
- Après l'acte de l'euthanasie, 26:5,12
- Voir aussi*
- Commission Rimmelink
- Deuxième avis, consultation, 4:22-3; 18:44,46; 19:17; 21:16,47,49-50,58-9
- Devoirs, conflits, 21:40,43,51
- Formation, 21:62-3
- Lignes directrices, 21:25,40-2,69
- Psychiatres, inquiétudes, 21:58
- Syndrome post-euthanasie, 21:67-8
- Transparence, ouverture, difficultés, 21:42,47,56
- Tribunaux de discipline, 21:60-1,64

Rapport médecin-patient, 2:36

Rapport Rimmelink

*Voir*

Commission Rimmelink

Recherches, effets, 21:71; 26:17

*Chambre des Lords, comité spécial sur l'éthique médicale, rapport, 4:56; 6:16,32-3; 6:12; 8:36; 12:8,10; 14:17-8, 35; 15:92,97; 21:26; 22:48-9,51-2,54-5; 33R:A-153-4, A-156*

Consultations, manque, 19:16-7

Études, résultats, 17:6-7,21,23; 18:84; 19:10,16-7

Contexte canadien, 17:7

Situation, projet, 16:75

Santé, système, 21:6-7,67

Humain, 18:129

## Société

Évolution, 21:46-7

Historique, 21:40-1

Qualité de vie, 18:128-9

Tolérance, discussion ouverte, 21:36,40

Statistiques, données, 21:6-11,56,65-6

Analyses, interprétation, 21:12-5,20-1

Fiabilité, manque, 18:147; 20:66; 21:16,62

Sondage, 21:24-5

*Voir aussi*

Commission Rimmelink

Universités, attitude, 17:94

Soins palliatifs, 4:9; 14:137; 17:91; 18:33,45,91; 21:16-7,

28-9; 22:17; 26:7-8; 27:33; 33R:15

Patients, options, connaissances, 20:83; 26:14

Réseau de centres du cancer, 21:28

Réseau de foyers de soins

Chiffres, 21:28-9,37-8

Formation, médecins, 21:62-3

Suicide, 21:51

*Voir plus haut*

Euthanasie et aide au suicide - Code criminel

**OHIP***See*

Ontario Hospital Insurance Plan

**Oldham, John (Personal presentation)**Euthanasia and assisted suicide, study, 18:10-28; 33R:42,54,  
A-8*There Is A Time To Die*, submission to Committee, 18:11-2**OMA***See*

Ontario Medical Association

**On Regulating Death**

Keown, John, article, quote, 15:8

**On the Destruction of Life Devoid of Meaning**

German doctors, impact, 17:94

**Ontario**

Advance directives, legal status, 25:18; 28:11; 32:56-7

Committee, report

Advance directives

Committee recommendations, 33R:ix-xi,50

Legal status, 33R:47,A-65,A-67

Government publications, 33R:A-24

Coroners, guidelines, 20:6-7,19-20,82; 33R:15,26-7,29

Euthanasia

Crown Attorney's Office, role, 29:40-54; 33R:78,A-80-3

Legal decisions, recent, 9:33-4; 14:82

Cases, investigation, conclusions, 20:7-8,13-5

Hamilton, case, 29:14

*Malette c. Shulman*, 10:30,40,43; 20:57,60; 33R:40,A-28,  
A-77Stoney Creek, *Brush, Cecil*, 25:33; 33R:A-32,A-73-6Timmins, *De la Rocha*, 29:40-54; 33R:78,A-80-3

Legislation, 25:9; 32:67-8

Advocacy Act, 32:56

Consent to Treatment Act, 20:71-2,78-9; 32:56-8

Ontario Human Rights Act, 26:18-9

Seniors, safeguards, 32:65-6

Substitute Decision Act, 8:33,52-3; 10:38; 20:70-2,78-9,83;  
32:56,66

Pain control, treatment, management, role, 10:22-3

Palliative care, 10:6-7,13; 33R:A-103-4

Definitions, 26:17,19

Education, training, initiatives, 4:62,64-5; 17:75-6; 22:34-5;  
33R:A-104

Home care, ministry of Health, effects, 26:16

Minister, letter, reference, 26:19-20

*Schedule of Benefits, Physician Services*, home or  
community-based physicians, no acknowledgement, effects,  
26:17,20,23-4

Counselling of relatives, disciplinary review, 26:21

*Rodriguez, Sue*, case, comparison, 26:18,21,26Hospice movement, development, funding, services,  
programmes, 10:5,19-20,22-3

Rand formula, New Democratic Party, government, 26:20-1

Supreme Court, tribunal, proposal, 27:56

Terminally ill persons, 4:62,64-5

Definitions, 26:19,21

**Peine de mort***Voir sous*

Code criminel

**People in Equal Participation Inc.**Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:102-4,106-7,111-3,  
115; 33R:A-9

Information de base, rôle, activités, 17:101,105,108-10,114

**Perkin, Reg L., Collège des médecins de famille du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:4-5,10-2

**PERRAULT, honorable Raymond J., sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude

Aide au suicide, droits, 16:59-60

Allemagne nazie, expérience, 1:38; 14:57

Coroner, Colombie-Britannique, rôle, pouvoirs, 16:70,72

Décision de prolonger la vie, 1:47-8; 15:35-7

Dépressions mentales profondes, 15:35-7,139

Droit de se suicider, 15:138-9

Euthanasie, légalisation, inquiétudes

Acte social acceptable, opinion publique, 15:91-2

Autres pays, 1:37; 14:19

Avantages et inconvénients, rapport du service médical  
britannique, 15:92

Contextes politiques, 14:106

Garanties, 14:65-6

Relation médecin-patient, 15:90

Société, répercussions, 14:17-8,135-6

"Expériences désirées", 14:134-5

Médecins, participation, 15:90

Mourir dans la dignité, membres, directives préalables, 7:40,41

Pays-Bas, expérience, 2:6; 13:23; 14:137

Personnes âgées, vulnérabilité, 15:118

*Rodriguez, Sue*, affaire, 7:28-9Soins palliatifs, 5:17-8,25,38-9; 7:40-1; 11:11-3,27; 13:22-4;  
14:30-1,67,91-2,106-7,155-7; 15:35-7

Avantages, efficacité, 15:91,102-3

Églises, implication, 15:67-8

Formation, besoins, 15:67; 16:16-8

Hospices, Colombie-Britannique, 16:48-50

Ouest canadien, situation, 15:102

Science médicale, progrès, 15:67,90

Sidéens, 16:27-30

Soutien, programme, 15:17-8

Suicide, maladie mentale, relation, statistiques, 15:117

Témoins, opinions, 7:40,41; 11:27; 14:121; 15:115-6

Réunion d'organisation, 1:10-2,14,20,23-5

**Perry, affaire***Voir sous*

Euthanasie - Décisions judiciaires

**Person (The) in Community**

Canadian Physicians for Life, mémoire, 14:21-2

**Personnel infirmier***Voir*

Profession médicale - Infirmiers et infirmières



**Ontario Health Insurance Plan (OHIP)**

*Schedule of Benefits, Physician Services*, discrepancies, 20:72-3;  
26:17,20-1,23-4

**Ontario Medical Association (OMA)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:68-84; 33R:39-40,  
54,68,78,A-8

References, 20:79; 25:18; 26:16-7,20; 32:68

**Ontario Medical Review**

Latimer, Elizabeth, reference, February 1922, quotation, 8:12

**Ontario Office of the Chief Coroner**

Background information, members, role, 20:4

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:5-20; 33R:A-8

**Ontario Office of the Crown Attorney**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:40-54; 33R:78,A-9

**Ontario Palliative Care Association (OPCA)**

Background information, establishment, membership, 4:52

Euthanasia and assisted suicide, study, 4:53-66; 33R:6,11,18-9,  
55,62,79,A-9,A-23,A-103

**OPCA**

*See*

Ontario Palliative Care Association

**Orwell, George**

1984, reference, 31:5

**Osborg, Bernard (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:136-9; 33R:A-9

**Ottawa and District Physicians who respect Human Life**

*See*

Physicians Who Respect Human Life, Ottawa and District

**Ottawa-Carleton Regional Palliative Care Association**

Written submission, 33R:A-16

**Oxford Textbook of Palliative Medicine**

Doyle, Derek, Geoffrey W.C. Hanks and Neil MacDonald, Oxford  
University Press, 1993, 26:16; 30:18; 33R:A-19

**Pain control and sedation practices, treatment**

AIDS patients, 5:34; 16:25-8; 17:59; 27:37-8; 32:11-3,15,18-9

Cessation of treatment, differences, 7:11-2; 27:17

Committee, report

Bibliography, 33R:A-19-25

Definitions, 33R:14,25-6,33

Deliberations, 33R:31-2,35

Legal status, 33R:26-7,33

Recommendations, 33R:ix-xi,32,36

Witnesses, points of view, 33R:28-31,34-5

*See also*

*Of Life and Death*

Definitions, 17:34-5; 27:13; 29:12

Uncontrolled pain, excessive to moderate, severe, figures, small  
percentage, 26:9; 29:23; 32:60-1

*See also below*

Practices

Suffering

**Personnes âgées**

Abus, vulnérabilité, appréhension, craintes, inquiétudes, 6:49;

14:68-9; 15:76,99,109,117-8; 18:51,129,139; 27:7,  
40; 29:32; 32:23,40,42,51,54-5,59,65-6

Euthanasie, 10:38; 22:38-9; 23:48; 27:16-7; 30:25

Âge, discrimination, 15:16

Aide au suicide, 25:49

Code criminel, application, 32:58-9

Législation, propositions, 32:59-60

Protection, 32:60-1,65-6

Attitude, 18:81,129

Mort, 8:57-9; 23:31-2; 27:40

Crainte, 32:54

Pays-Bas, sondage, 21:24-5; 30:11-2

Autochtones, 30:21-6

Directives préalables, 32:56-7,60

Définitions, 33R:15,47

Droits, libertés, 32:57-8

Patient-médecin, rapport, 32:57

Médecine, technologie, évolution, effets, 32:54-5

Qualité de vie, dignité, problèmes, 19:33; 27:7-8; 32:54-5,58

Sidéens, comparaison, 12:33

Soins à domicile, 32:56

Soins palliatifs, éducation, formation, 32:55-6,60

Statistiques, 32:38; 33R:8

Suicide, code criminel, 32:57-8

Système de santé, coupures, inquiétudes, effets, 14:114; 23:5,  
12,32; 32:54-5,59; 33R:8

**Personnes en phase terminale**

Analgésiques, protocoles d'administration, contrôles, 17:20-1

Aperçu général, 25:47

Définitions, aperçu général, 10:36; 26:16; 28:17

Abstention et l'interruption de traitement de survie, 19:7-8;

25:6-7; 32:29-30; 33R:1,15,39-40

Lignes directrices, proposition, 27:35-7; 32:42

Modalités suggérées, 33R:A-49-59

Dépression, 17:7-8; 27:49; 28:8; 32:59

Dernière étape, 8:18; 17:78-9; 32:50-1

"Malade en phase terminale", 6:70

Terminologie, 33R:11-6

*Voir aussi plus bas*

Traitements médicaux

Dépression, 24:10

*American Journal of Psychiatry*, docteur Chochinov, avril 1994,  
17:7-8,15,19-20,23-4

Antidépresseurs, 23:40-1

Consommation, pourcentage, 17:8,11,14-5

Causes neurologiques, 20:67-8; 24:10

Décision de mourir, influence, 17:11-3; 27:14,48-9; 28:8,20;  
32:59

Souffrances, 27:52; 28:18,28-9; 29:21-2; 31:8; 32:50-1,55

Professions de la santé, attitude, 17:15

Recherche, difficultés, 5:12-3; 17:11-5,17,24; 20:40-1

Reconnaissance, diagnostic, traitement, 2:42; 4:20,54; 5:11-2;  
14:26,40-1; 17:8,13-5,18,24; 21:17

Éducation, formation, initiatives, 4:62,64-5; 5:38; 32:56,60;  
33R:2,32-3

Familles, 31:61

Besoins, 4:5-6,13,27; 15:104-5,119; 24:12; 32:17,67-8;  
33R:18-9

Difficultés, 7:30; 17:61

Culpabilité, raisons, 8:29

Implication, 3:16; 15:127-8; 18:23



**Pain control and sedation practices, treatment—Cont'd**

- Ethical distinction between killing a patient and killing the pain, 22:8; 31:25; 32:13,60-2
- Committee recommendations, 33R:ix-xi
- Home care services, treatment advancement, 22:38; 32:56
- Medical profession, doctors and nursing staff
  - Addiction, fears, 12:61-2; 17:76; 19:18; 27:46; 32:39; 33R:25
  - Attitude, concerns, 8:10-1; 15:128,145-6; 18:74-5,132-3; 19:5-7,18,36,38-9; 32:10-1,50-1,61-2; 33R:29
  - Death, 33R:5-6
  - Paternalism, 33R:7-8
  - Buddy system, 16:39
  - Care teams, 19:10-1; 28:18
  - Education, training, 22:10; 33R:21-2,24
    - Knowledge, lack, 8:44; 10:6; 11:26; 16:39; 17:6,20,43-4, 47; 18:42; 19:18; 22:9,13; 27:45-6; 28:21; 32:16,40, 50-1,56,60-1; 33R:25
    - Network, consultation, experts, 24:14
  - Role, 24:9-12
- Medications, effects, 9:16; 26:9
- Analgesics, painkillers, 20:74,81; 23:26-7; 27:20; 33R:29
- Anti-depressants, 23:40-1
- Barbituric, 22:33; 27:19-20; 33R:33
- Costs, 27:9
- "Double-effect", principle, conditions, 15:103-4; 18:72; 19:42; 20:57; 22:11-2;; 27:9-10,17,19-20; 32:61-2
- Effectiveness, 3:23; 17:56; 22:35; 23:26-7; 24:7; 26:9; 27:45-6
  - Network, consultation, experts, 24:14
- Morphine, 22:7,33; 23:37-8; 24:9,11-2; 26:13; 27:36-7; 31:12,25; 32:15,18,28,49-50,62; 33R:27,29
- Narcotics, use, mythology, 17:76,85-6; 18:68,72-3,124, 132-3; 19:13-4
  - Addiction, concerns, 27:46; 32:39
  - Administration, 2:42; 32:22,62-4
  - See also
    - Heroin
    - Morphine
- Neglect, 18:67-8
- Nurses, role, 26:25-6
  - Administering analgesic, beliefs, 15:128-9,133; 19:13
- Overdose, explanation, 14:37,38-9; 15:145-6; 16:34,73-4; 20:51; 33R:25
- Potassium chloride, 27:36
- Protocols for the administration, monitoring, 17:20-1,76,85-6; 18:81,124
- Psychotropic, anti-depressants, 20:74; 29:35
- Quality assurance committee, 15:129-30
- Scopolamine, 32:16
- Side-effects, 15:90-1; 17:45,47; 18:72,133,144; 20:61-2, 65-6
  - Morphine, 26:13
- Titrating, increases, definitions, 19:17; 20:51
- Unconsciousness, 24:12-3
- Underutilizing and improper administration, consequences, 15:64,128-30,133; 17:86; 18:109,124; 27:45-6; 28:22-3; 32:49-50; 33R:25
- Overview, 3:15-6,23-4; 4:15-6,40; 5:34,36; 6:57; 7:11-2,15; 8:11,61; 9:15,22-3; 10:17-8; 11:26; 12:59-60; 13:6; 14:30, 152; 15:103-4; 16:38,40-42,44; 19:25-6; 20:74-5; 23:27, 38; 24:10; 27:17; 31:11-2; 32:69

**Personnes en phase terminale—Suite**

- Familles—*Suite*
  - Programme, suivi, 27:43
  - Soutien, services, 30:25
  - Voir aussi plus bas
    - Traitements médicaux - Familles
- Mort, perspective théologique, 18:111
- Options médicales, légalité, 14:10-1; 32:41
  - Droits individuels et droits de la société, distinction entre, 18:42,85,109-10; 20:24; 22:52-3; 29:27-31; 32:10,57-8; 33R:2
  - Voir aussi
    - Droits de la personne
- Patients, demandes, 7:36-8; 8:70-1; 32:46
- Ambivalence, déni, 2:41
- Autonomie et auto-détermination de la personne, 31:7-8; 33R:7-8
- Connaissance, manque, 4:40
- Droit de
  - Choisir le moment et manière de mourir, 6:24-5; 14:19-20,33-5; 15:72-3,83-8,123; 17:60-1; 18:6-7; 19:35; 20:24,69; 24:14; 32:46,57-8; 33R:6-8,12
  - Aspects moraux et juridiques, 20:56
  - Consentement informé, 20:54-5; 32:41-2,45; 33R:1
  - Définitions, 33R:14-6
  - Déclaration du Vatican, 7:39
  - Établissements et organismes de soins de santé, programmes et politiques, 19:18-20
  - Nancy B., affaire, effets, 4:44; 7:12; 18:55; 19:15-6; 25:6; 27:56; 28:20,29,35-7; 29:12; 31:17,27,36; 32:14,28-9; 33R:1,40,A-29,A-73
  - Tribunaux, Canada, États-Unis, 6:17; 25:27-8; 27:56
  - Mourir, 12:68-9; 15:84,86-7; 18:12-8,20-1; 20:24
  - Refuser ou d'interrompre un traitement, 4:12,19; 5:16; 6:11-2; 7:18,36,39; 8:11; 9:5,8; 10:40,41,43; 14:19-20, 39-40; 15:101; 18:21,37,40,45-6,116-7; 19:5,29-30; 20:55; 32:14,29-30,41
- Formes, 8:3-1
- Hôpitaux, changements, 4:42-3
- Justice, signification, 4:16-8
- Loi, reconnaissance, changement, 15:84; 19:25-6
- Mort, lieu, influence, 20:56; 33R:6-7
- Société, répercussions, inquiétudes, 4:54-5,58-9
- Changements d'humeur, exemples, 4:62-3
- Désir de mourir, 24:17
  - Recherches, prévalence, étude, 17:8-12,15,17
- Droits et responsabilités, 5:16; 7:18; 12:14-5; 27:5; 31:7-8; 32:57-8; 33R:1,7-8
- Recommandations de Yvon Bureau, 4:35-6; A-53-4
- Souffrance, effets
  - Concept, dimensions, 19:33; 27:7; 32:10-1,50-1,55
  - Jugement, interférence, 27:52
  - Perceptions, différences, 2:16; 4:13-4,58; 12:79-80; 17:11
  - Sigurdson, Cynthia, exemple, 15:119-23
  - Solitude, morale, 12:55,57,77; 14:38; 17:81; 25:44-5; 27:33-4; 28:15,18-9
  - Spiritualité, besoin, 5:40-2; 27:33; 32:10-1,32
- Qualité de vie, recherches, 17:17; 19:35
- Ressources, réorientation, 17:79
- Soins, 9:30-1
- Tiers, décisions, inquiétudes, 2:19-20; 4:28; 23:17

**Pain control and sedation practices, treatment—Cont'd**

- Practices, methods, effects, 17:44,80; 18:67-8,72-3; 20:74; 22:21,31-3
- Adequate pain management early enough in illness, 28:27
- Administering, 32:46
  - Quality assurance committee, 15:129-30
- Anaesthesia, 28:28
- Knowledge, importance, 17:42-4,77; 23:34-5; 27:45-6
- Sedation, "induced sleep", artificial sleep, unconsciousness, 13:10,11,15-6; 22:32; 23:27; 24:7,9, 11-3; 26:13; 27:9,19-20; 29:35; 32:15,18-9
- Doctors and nurses, concerns, 19:13-4,18
- Solution, 18:30
- Treatment aimed at the alleviation of suffering that may shorten life, difficulties, 23:26-9; 27:45-6; 28:18; 31:25
- Research, 23:37; 29:6-9,35
  - Advancement, cost effective, 22:37-8
  - Funding, need, 18:89,111; 19:13-4; 20:40-2; 22:32,37; 28:23,32
  - Medical science, capability, progress, 15:67,90; 16:21-2; 17:43; 19:19; 20:55-6; 31:6; 32:54
  - Pharmaceutical products, industry, 23:26-7
  - Studies, effectiveness, 23:37; 28:19
    - Knowledge, experience, 17:42-4,77; 23:34-5
    - Management, pain, earlier, effects, 22:30
    - Results, 17:45-7,56,83; 18:42,72-3,109,133; 19:5,17; 22:31
    - Statistics, 26:9; 28:6,8,27
- Suffering, patients, individuality, distinction between quality of life, 12:80; 23:26-9,37; 27:7-8,13-4,33-4; 32:50-1,55
- Differences, 6:20-2; 23:28; 27:13-4
- Pain, perception, concerns, effects, 22:9; 27:47,52; 28:18-9, 28-9; 31:11-2; 32:60-2
- Priority, 32:39-42
- Statistics, 28:27; 31:11
- Value, meaning, 13:9; 29:22-5; 32:10-1; 33R:19
- See also above*
  - Definitions
  - Practices

**Palliative care**

- Access, availability, 4:9,12,53; 5:17,30-1; 8:48; 11:27-8; 12:33,53,54,56; 13:10; 14:30-1,155; 15:68-9,102; 16:43-4 17:12,28,32,43,47,66,87,116; 18:42-3; 19:14,16; 22:35; 23:7,14,27-9,38-9; 24:28-9; 25:23-5; 27:33; 28:33; 29:4-6; 30:16; 33R:23,A-86-90
- Barriers, small communities, rural and urban, difficulties, 16:42; 18:31; 19:19; 23:30-6; 29:10
- Development, costs, barriers, 4:14-5; 14:106-7; 15:142-3; 30:18-9
  - Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- Diseases, difficulties, 33R:19,24
- Location, 19:23
- Need, 25:29-30
- Statistics, 24:28; 25:21; 26:8; 27:31
  - Clarification, definition, 25:22
  - Information, precise data, problems, 29:8-12
  - Rural areas, 28:30
- Terminally ill persons, 23:21
- Active treatment hospitals and community-based facilities, 19:23-4
- Activities, 16:39-40,42; 20:48-50

**Personnes en phase terminale—Suite****Traitements médicaux**

- Abstention, cessation, interruption, retrait et refus, 19:14-5; 28:12
- Ambiguïtés, 25:6-8
- Code criminel, risques de poursuites, ambiguïté, 19:6-7,14-6, 36,38-9; 32:61-2; 33R:1
- Débranchement d'appareils, 19:15-6; 27:39-40; 28:9-10; 32:14
- Définitions, 33R:14-6
- Infirmières, rôle, consultation, 19:17
- Jurisprudence actuelle, 19:22-3,42; 20:56;
- Lignes directrices, proposition, 27:35-7; 32:42
  - American Thoracic Society, 9:35
  - Modalités suggérées, 33R:A-49-59
- Patient capable, aucune ambiguïté ni controverse, 25:8; 32:29-30,41; 33R:1,14,43,47
- Prise de décision, prise en équipe, discussion avec la famille, patient et le médecin, 15:84-5,87; 18:39; 19:29-31; 23:41-2; 31:6; 32:57
- Régime réglementaire, proposition du docteur Quill, 20:60-2
- Sans consentement, réactions, 19:14-5; 32:45
- Acharnement thérapeutique, traitement agressif, 15:101; 17:85; 24:8; 29:38
- Familles, 24:12; 31:6
- Influences indues, inquiétudes, 6:40-1; 32:45,65-6
- Patients, différences, 14:46
- Professions de la santé, désaccord, scénario, 4:13,38; 19:30-1
- Soutien, 33R:18-9
- Voir aussi plus haut*
  - Familles
- Nutrition et l'hydratation artificielle, transfusion sanguine, 8:6-7,17-8; 9:29; 19:11; 27:40; 33R:1,39,44,47,54,A-28
- Traitement de maintien en vie, 20:56; 25:8; 32:29-30
- Traitement futile, définitions, aucune obligation d'offrir, subjectivité, difficultés, 18:45-6,49-50; 19:11,36; 20:66-7 24:10-1; 25:6-8; 32:29-30; 33R:16,39,43-5,47
- Valeurs contradictoires, 18:62
- Voir aussi*
  - Soins palliatifs - Accès
  - Traitements médicaux

**Personnes handicapées et invalides**

- Acceptation, aspects positifs, 18:99; 27:22-6; 28:33
- Différences, définitions, inquiétudes, portée, 16:60; 18:112; 28:17
- Bébés, sélection prénatale, 18:101
  - Nouveaux-nés, invalides, meurtre médical, 15:109-10; 27:7; 33R:4
  - Exemples, 23:48-9
- Déficience intellectuelle, 23:42-50
- Paralysie cérébrale, 28:33
- Syndrome de Down, effets, 23:48; 28:27
- Eugénisme, idéologie, répercussion, 18:99-100; 27:17; 28:36
- Euthanasie et aide au suicide, 23:48-50
  - Accessibilité, conditions, 17:101-2; 18:101-2,142,146,149
  - Alternative, point de vue, 15:149-55; 17:103-5
  - Amérique du Nord, mouvement, ampleur, 18:141
  - Avantages et inconvénients potentiels, 18:54
  - Bébés, Hôpital pour enfants de Toronto, 18:145
  - Choix personnel, 16:54,56,59-60; 17:109-10,113; 18:102-5, 149-50



**Palliative care—Cont'd**

Alternative, effectiveness, 15:28,31-2,85,93-4,99,102-3,142-3, 149; 16:17-8,21,37,43-4,49; 17:14,42,66,75,116; 18:5-6, 9-10,12,26,33,42,67,82; 19:22,35; 20:36-7; 29:23-4,34; 31:12-3

Limitations, 15:148; 16:20; 17:38,79-80; 19:14; 27:45

**Cardiopulmonary resuscitation**

*See below*

Do not resuscitate and cardiopulmonary resuscitation

Caregivers, role, 3:4

Children, 5:14-5; 17:71-7; 31:31-2

Committee, report

Bibliography, 33R:A-19-25

Chronology, 33R:A-28

Committee deliberations, 33R:23-4

Definition, 33R:17-8,A-85-6

Palliative Care in Canada, 33R:A-85-110

Recommendations, 33R:ix-xi,24

Suggested Procedural Guidelines, 33R:A-49-58

Witnesses, points of view, 33R:18-23

*See also*

*Of Life and Death*

Community and institutional services, maintenance and further development, 18:68; 33R:17

Committee recommendation, 33R:ix-xi,24

Contemporary care, provision not impeded, recommendation of the Law Reform Commission of 1987, 16:11-2

July 20, 1983, 33R:27,40,A-27,A-46-8

Core services, definition, 19:28

Costs, 8:20,45; 9:31,44; 10:14-5; 12:26-7 15:37-8,94,142-5; 16:45-7; 17:43,49,78,119; 18:31-2; 19:28; 33R:A-94-6

Hospitals, funding, problems, 9:38; 19:19

Criticisms, 20:57

Definitions, purpose, effects, 2:34,36; 3:6,7-8,21; 4:6; 12:52, 57; 15:61,77-8,86; 17:35,42; 18:63,70; 19:10; 20:48; 26:8, 16; 27:41; 28:29-32; 29:11-3; 32:17-8

Committee, 33R:17-24,A-85-6

Direct euthanasia, 20:85-7

Dudgeon, Deborah, statement, quote, 18:42

Health Department, services guideline, 4:52,65; 12:52

Humanization, 24:7

Indirect euthanasia, 18:122; 20:85

Office of the Chief Coroner in Ontario, 20:6-7,19-20

Terminology, clarification, 29:10,13-4; 33R:14

World Health Organization, 5:30; 33R:18

Do not resuscitate and cardiopulmonary resuscitation, 23:25; 33R:37-8,42,45

Implementation, criteria, 19:19-20

Policies and procedures for hospitals, general guidelines, joint statements, 19:19-20,23-5,29-30; 26:24; 32:42

Evolution, 20:39-40; 31:29-30

*See also below*

Guidelines, standards

Education, training, 17:54; 20:46; 22:37; 23:39; 25:16; 27:21-2; 33R:20-1,30,A-96

Committee recommendation, 33R:ix-xi,24

Funding, 22:25,37; 23:10-2,21; 25:24,27; 33R:19

Increase, need, 15:67,73,146-7; 16:39; 17:43,48,64,66; 20:37,43-4,46-7; 22:31; 23:6,14-5,30; 25:24,27; 27:31, 45; 28:19,30-2; 29:11; 32:16,56,60

Letters, citations, 22:27-8

Other countries, 22:22

**Personnes handicapées et invalides—Suite****Euthanasie et aide au suicide—Suite**

Décision, droit, responsabilité, 15:150-1,155,158-9; 18:55, 102-5,113,142,149-50

Déficience intellectuelle, 23:44,47

Euthanasie passive, problèmes, 18:137-9

"Ne pas réanimer", consigne, directives préalables, enquête, 18:137-8,143-4

Représentants, 16:61-2; 18:107-8,137

Situation, 18:105-6,119

Dévalorisation, crainte, 16:56; 18:112-3

Discrimination, 15:47-51,54; 29:38

Droits, respect, 15:151-4,157-8; 16:54-6; 17:102; 18:94, 102-3,139,141; 19:52-3; 23:46; 27:5

Famille et amis, influence, 18:112-3; 31:6

Hawking, Stephen, exemple, 18:55

Légalité, 15:150,154-5,158; 16:54

Médecins, rôle, responsabilités, 17:102,105-6,111-3,115; 18: 55-8,103

Mesures de protection, lignes directrices, 16:56,59; 18:101-3, 105; 27:11,22

Parents, attachement envers les enfants, obsession morbide, 18:141-2; 31:31-2

Pressions, directes ou indirectes, 18:94-6

Services de soutien, besoins, 15:154-7; 27:11,22-6; 32:29

Situation, besoins, problèmes, difficultés, 15:149-58;

16:53-62; 17:105-8; 18:54-6; 27:28-9; 31:13-4

Sobsey, Dick, mémoire, citation, 18:53-4

Société, rôle, responsabilités, 17:101-2; 27:28-9

**Familles**

Contexte historique, 18:141

Soutien, effets, 23:47-9; 28:33,36-7; 31:6; 32:17,29

Tutelle, législation, 16:53,56

**Indépendance, importance, atteinte, 18:95,112**

Médecins et personnel infirmier, attitude, ignorance et peur, effets, 18:55-6,59,97-8,100,102,138; 23:49

Suicide, tendances, programmes de prévention, 18:140

**Vie**

Collectivité, obstacles, règles, 17:105-8,110; 18:55,59

Qualité de vie, amélioration, possibilités, concepts, 17:101; 18:54-5,95-6; 27:7-8

Valeur, 18:97-8,100-1,112-3; 28:36-7

**Voir aussi**

Nouveaux-nés

Profession médicale - Médecins

**Petrucka, Diane, Canadian Nurses for Life**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:5,19-24,26

**Pharmacien**

*Voir sous*

Drogues et produits pharmaceutiques

**Philips-Nootens, Suzanne, Comité d'éthique, Université de Sherbrooke**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:19-20,27-32,36-9

**Philosophie**

*Voir sous*

Religions

**Physicians and Scientists for a Healthy World**

Mémoire présenté, 33R:A-16



**Palliative care—Cont'd****Education, training—Cont'd**

- Physicians and nurses, 15:18,67-8,143-4,146-7; 16:18-9; 17:6,53-5,76,87; 18:42; 19:13-4; 20:46; 22:39; 29:6; 33R:1
- Interaction and communication between, importance, 22:42; 23:33-4
- Qualifications, 15:143
  - Training, 16:18-9; 22:34-5; 23:14-5,39
- Speciality, 22:40; 27:21
- Survey, 22:25-6; 25:11-3
- Provinces, 4:62,64-5; 5:38; 7:19; 14:31,149,156-7; 17:54-5, 66-7,75-6; 22:34-5; 29:10
- Schools, proposals, 22:22-42
  - Medical faculties, teaching, 11:15; 29:11
  - Teaching centre, 13:22; 22:34-5

*See also below***Public**

- Euthanasia, 24:4-20,30
  - Abuses, concerns, 28:25; 31:13; 32:40,42,54,59,65-6
  - Comparison, contrast, 11:17-9
  - Difference, 3:17
  - Legalizing, impact, 16:37,42-3; 20:24
- See also below*
  - Hospice services
- Family and friends, involvement, benefits, 15:134-5,140-2; 17: 50-1,61-4; 18:42,76; 19:13; 23:33; 32:17; 33R:18-9
- Support, 18:75; 19:12; 27:44; 32:59
- Funding, 17:43,48-9,75; 19:22,28; 30:18-9; 33R:19,A-93
- Investments, 29:32
- Precarious, 24:5
- Redirection, 23:10-1
- Future, 10:19-20
- Growth and development, encouragement, 15:61,65,67,73, 142-3; 16:17-8,20,37,43; 17:13,43,48; 18:36,41-2,46,50, 62,111; 19:6-7,22,25; 20:36; 25:29-30; 32:13
- Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- Evolution, 18:69-70
- Guarantees, 27:11
- Guidelines and policies, standards, elaboration, 4:52,65-6; 32:63; 33R:A-91
  - Advanced Cardiac Life Support, 25:27
  - Advanced Trauma Life Support, 25:27
  - Lack, need, proposals, 20:60-1,63; 25:22-5,29,30; 26:15-6,24-5; 29:14; 31:29-30; 32:42
- See also above*
  - Committee, report
    - Do not resuscitate and cardiopulmonary resuscitation
- Health care and paramedical professions, coordination, concerns, 10:13; 17:67; 32:41; 33R:7-8
- Health care system, cuts, impact, 15:125-6; 17:63-4; 19:28; 32:54-5,59; 33R:A-90-2
- Crisis, 33R:A-93-4
- Finance, 22:37
- Patients, costs, coverage, medication, problems, 17:70; 23:38; 30:25
- Reform, nature, 17:67
- Restructuring, 17:56-7,68-9; 23:29
  - Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- Single-tiered system, efficiency, 17:68-9
- Historical development, 5:29-30

**Pickup, Mark (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 27:22-9; 33R:64,A-9

**Pollen, Amy, Compassionate Healthcare Network Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:117

**Pouvoir médical, éthique médicale**

Professeur Vandenberg, influence sur les médecins, 17:94,100

**Powell, Thomas, affaire***Voir*

Aide au suicide - Décisions judiciaires - *Miles, Lorraine*

**Power, Michael William***Voir*

Cour suprême de la Nouvelle-Écosse - Sa Majesté la Reine contre Cheryl Mae Myers et Michael William Power

**Premières nations***Voir*

Autochtones

**Presbyterian Church of Canada**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Pritchard, Doug, Conference of Mennonites of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:108-11,116-7

**Procureur Général du Canada c. Hôpital Notre Dame et Niemic**

(1984), C.S. 426, 33R:41

**Produits pharmaceutiques***Voir*

Drogues et produits pharmaceutiques

**Profession médicale**

Directives préalables, importance, 4:10; 22:20; 23:7; 25:18;

32:43-4,56-7,60,63; 33R:15,45,47-50

Comité, recommandations, 33R:ix-xi,50

Définitions, 33R:15,47

Infirmières, rôle, inquiétudes, 8:7-8,21-2,25-6; 26:25-6

**Docteurs, médecins**

Aide au suicide, position, non-certitude, 18:79,83-4; 19:46-7; 20:24; 23:6

Rôle, 20:58; 31:18

Craintes, 14:42,83-4; 15:20,148; 18:34,83-4; 32:40

Éducation, formation, rapports avec l'euthanasie, 16:9-11, 13; 17:6; 22:20-1; 23:10,12; 32:60; 33R:2,20-1,32-3

Connaissance, 23:6-7

Douleurs, contrôle, 27:45-6; 32:56,60-1; 33R:21-2

Gériatrie, 22:38

Profession médicale, 18:69; 28:37; 33R:2

**Éthique**

Absence de lignes directrices éthiques ou juridiques, 18:82-4; 19:5-6; 20:13; 33R:41-2

Opinion, 7:10; 8:39-40; 10:40; 15:88,95; 20:69; 32:42

Biomédicale, enseignement, 20:36-7,46

Comité de déontologie, recommandation, 18:32; 32:43-4

Considérations morales, 16:6-7,21-3; 18:32

Médecins de famille, 23:9-10; 32:7-10

Obligations, justification, 11:29-30; 15:43-4; 16:18,22-3; 17:102,105; 18:65-6

Prise de décision, comité d'éthique, 24:33; 28:18; 32:43-4

Travailleurs de la santé, 32:47

**Palliative care—Cont'd**

- Home care services, effects, 4:21; 6:72; 7:18-9; 9:8-9; 13:14; 14:104-5; 17:53-4; 23:22; 32:17,56; 33R:6-7,21
- Access, 23:30
  - Improvement, 19:6-7,10-2; 22:35
- Admittance and discharge, role of physician, 20:52
- Benefits, 20:49,66
- Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- Costs, efficiency, 15:144-5; 16:45-7; 18:26,31; 20:49-50; 23:31; 26:20
- Death, 33R:23
- Dying at home, 24:19
- Education, training, 22:23-4,34-5; 32:56,60; 33R:22-3
  - Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- Family stress, 20:49-50
- Hospitals, cooperation, 20:48-54
- Nurses, role, 26:25-6
- Outpatient care, services, costs, effectiveness, 20:53-4
- Pain control, medication reduction, 26:20; 33R:20-1
- Pharmacist, prescription to patient, 23:25-6
- Restrictions and regulations, 16:47
- Single people, problems, 9:41-2,43-4
- Team approach, 9:23-4; 15:123-5; 19:11-3; 20:50,52; 23:33; 28:18
  - Family solidarity, importance, 9:30; 15:126; 20:49-50 33R:18-9
- Volunteers, role, importance, 20:51-2; 23:32; 31:13; 33R:23
  - Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
- See also under*
  - Long term care
- Hospitals and institutions
  - Committee recommendation, 33R:ix-xi,24
  - Distrust and apprehensions, concerns, 28:33-4; 32:17-8
    - Ways to overcome, 18:73-4
- Intensive care, comparison, 20:86
- Intent, 2:23
- Journal of Palliative Care*
  - Articles, 33R:A-20-3
    - "Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?", Russel D. Ogden, 14:76-7; 15:29; 33R:A-22
- Jurisdictions, federal-provincial governments, effects, 16:45; 17:57-8; 22:33; 25:30-1; 29:11; 31:24,29-30; 33R:23, A-90-1
- Rural, urban areas, 29:10
- Keeping alive, need to maintain the dignity of the individual, 15:36-7; 18:71-2; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2; 33R:19
- Media, attitude, effects, 18:70-1; 28:28-9,30-1
  - See also below*
    - Public
- Medicine, role, 15:68; 16:21-2; 18:41; 19:32
- Multidisciplinary medicine, team work, 4:65; 13:8,14; 14:100-1; 17:120; 23:23,33; 24:4-6,10-2; 27:43; 28:18; 29:6
- Myths, 4:6-7
- Other countries, comparison, 26:8
- Outpatient care, services, costs, effectiveness, 20:53-4
- Overview, purpose, objectives, 3:21-2; 4:11-2,47-8,57-8; 7:14-5,34-6; 8:47-8; 10:14-5,43-4; 12:49-50,56-8; 14:85-6; 15:149; 17:31-2,34; 19:10-1; 21:28; 23:17; 24:9,25-6, 28-30; 26:7; 27:13; 28:25,32; 31:11,29
- Pastoral care, role, 24:20-33
  - Influence, 15:102-3; 18:114-5
  - Maintaining or reinstating, 18:113-5
- Patients, 33R:7-8
  - Active role in treatment, benefits, 17:52-3

**Profession médicale—Suite****Docteurs, médecins—Suite**

- Euthanasie, légalisation, effets, 6:26-7
- Abus de pouvoir, 31:6-7; 32:40,42,54-5,59,65
- Compétence, pouvoir, 31:32-3
- Conseil, processus, 7:22-3,32-3
  - Médecins, refus de parler, 16:79
- Opinions, 7:20-5,27,30-1
- Inquiétudes, 14:42
- Jeunes, 22:40; 32:23
- Maladie et la mort, attitude, 15:96-7; 20:23
- Médecine, profession, impact, 16:5-11,17,29; 18:121; 19:46-7; 20:58-9; 32:8-10
  - Confiance, craintes, 4:55; 27:58-9
- Oncologie, 22:40
- Opposition, raisons, commentaires, 22:9-17; 28:13; 30:6
- Pays-Bas, expériences, attitude, conviction, réactions, conséquences, 17:93-4,96-7,122; 18:139; 22:13
- "Pente glissante", fixer les limites, 23:6; 27:5-6; 29:41; 30:7, 13-4,18; 32:59; 33R:58-9
- Professions de la santé, obligations, 11:29-30
- Psychiatre, 22:40
- Rémunération, 25:12
- Sécurité, inquiétudes, 4:9-10
- Voir aussi*
  - Euthanasie - Légalisation - Médecin-patient, relation
  - Euthanasie - Légalisation - Professions de la santé
- Exécution, liberté de choix, 15:88,99,148; 16:18; 28:13
- Infraction criminelle, condamnation suspendue, 21:61
- Intervention, responsabilité, compétence, 15:21,23,54-5,88, 90,110,112,115-7,148; 16:13-4,42-3; 17:6; 18:90,93,96; 20:58
- Leadership, manque, conséquences, 11:20-1
- Légales, 1:27-30; 6:16; 10:26; 11:14; 17:111-3; 18:32,144; 19:29,36-7,42
- Législation, 20:70-2
- Mandat médical et pouvoirs, limites, absence, 18:64-6; 32:41
- Médecins de famille, 23:4-18; 32:7-10
- Mort et la maladie, attitude, 4:9; 6:48-9; 9:43; 14:93; 15:96-7; 20:23,27; 30:18; 33R:5-6
- Oncologie, 22:40
- Opposition, raisons, commentaires, 22:9-17
- Patient-médecin, relations, effets, 27:15-6; 32:7,10,21-2,57; 33R:7-8
- Pays-Bas, expérience, réactions, 17:122
- Personnes handicapées et invalides, attitude, ignorance et peur, 18:55-6,59,97-8,100,102,138; 23:49
- Voir aussi*
  - Personnes handicapées et invalide - Euthanasie et aide au suicide - Médecins
- Position, incertitude, 18:79,83-4; 32:10
- Pressions, directes et indirectes, 18:94-6
- Prise de décisions, difficultés, 1:40-1; 4:64; 15:88; 17:111-3; 18:55-6; 23:7; 27:9
- Comité d'éthique, travail d'équipe, 23:41-2; 24:33; 28:18
- Recherche, étude
  - Résultats, Alberta, 18:79-81
  - Sondage, exiger l'anonymat, importance, 23:6-7; 25:11-2
- Rôle, responsabilité, qualification, 15:21,23,54-5,88,90,110, 112,115-7,148; 16:13-4,42-3; 17:6; 18:90,93,96; 20:58; 22:14; 32:58,69
- Avant la prise de décision, suggestion de traitement actif, alternatives, 26:13-4
- Jugement médical, rôle, 23:41; 26:14; 32:41



**Palliative care—Cont'd****Patients—Cont'd**

- Aggressive, extraordinary or disproportionate treatment, 18:40; 32:29-30,39-40
- Care received, quality, 18:30; 32:55
- Perception, 27:7-8
- Consent form, proposal, 17:117-8; 32:45,60
- Dignity, respect, 18:71
- Distrust, apprehensions, concerns, 15:72-3; 28:33; 29:8; 32:46
- Ways to overcome, 18:73-4
- Hopelessness, help, despair, 15:142; 16:77-8
- Optimism, 17:76-7
- Options, rights, awareness, 17:17,51-3,66,70-1,117-8; 20:83; 27:5; 32:6-9,41; 33R:7-8
- Personal freedom, infringing, 15:72-3; 16:20; 28:33-4
- Physical, medical, social and spiritual needs, sensitivity, 15:64-5,72-3,133-5; 16:40-2; 17:6,13,49,62-3,70,116-7, 120; 18:42; 19:10,16; 28:28; 29:5; 32:32,50-1
- Refusal of palliative care, 25:45-6; 28:33
- Relationship, effects, 33R:7-8
- Doctor-patient, relationship, severing ties with, 22:42; 27:15-6; 32:10,21-2,57; 33R:7-8
- Family physician, 15:26-7,72-4; 17:6; 33R:7-8
- Severing ties, effects, 22:41-2
- Therapists, new approach, 19:33; 33R:7-8
- Requests for euthanasia, reasons, explanations, 3:23; 4:12-3; 6:34,57; 9:18; 14:148,152-3,158-9; 15:141-3,148-9; 16:77-8; 17:11-3,46-7,120; 18:6-7; 32:18
- Right to refuse or withdraw a treatment, reasons, 4:19; 7:31-3,43-5; 15:25,72,80-1,101; 17:47,70-1,116-8; 18:13-5,35,51-2,110,116-8,122,129-32; 19:5,27; 20:36; 32:29-30,41-2; 33R:1,7-8
- Guidelines, proposal, 27:35-7
- Options, rights, 17:51-2; 20:83
- Territoriality, referring to another doctor, 17:76
- See also above*
- Hospice services
- Outpatient care
- Persistent vegetative state, problems, 20:70; 27:37; 33R:4
- Philosophy, environment, 13:5-6; 28:18-20
- Policy statement, 19:19,23-4
- Positions
- Advocate, 28:16
- Ethical 2:24
- Principles, 13:8
- Programs
- Extra-mural hospital programs, 4:21-2; 20:52-3; 23:13-4; 24:28-9; 28:32
- Patients, costs, comparison, 23:38
- Funding and recognition, 19:22,28
- Okanagan, program, 15:17-8
- Pilot project, success, 20:52-3
- Standards for evaluation and accreditation, 17:55-6
- Guidelines, 25:25
- Other countries, comparison, 26:15-6
- Unhappiness, 17:79-80
- Public, attitude, information, 16:39-40,43-5,50-2; 17:82; 20:51, 58; 23:30,35-6; 28:31; 29:7; 32:17,56,60; 33R:2,24
- See also above*
- Education
- Media
- Quality, 18:67-8,124-5; 26:7-8; 28:29-30
- Differences, 28:25

**Profession médicale—Suite****Docteurs, médecins—Suite**

- "Sécurité", inquiétudes, 4:9
- Serment d'Hippocrate, 4:23-4
- Citation, 7:7; 15:43
- Étudiants, attitude, 1:36-7
- Implication, 15:43-4; 16:7; 17:90; 18:14; 31:7
- Jurisprudence, répercussions, 10:40
- Obligation, 2:27; 8:34-5; 15:52-3
- Pertinence, 11:12; 15:43; 17:90; 19:37
- Responsabilité, 20:69; 23:16
- Tradition, 29:24
- Version moderne, 7:10-1
- Droit d'objection de conscience, inquiétudes, 8:22-3; 14:118; 15:135-6; 28:13
- Éthique morale professionnelle, 16:21-2; 19:6; 20:76-7; 32:7-10,21-2
- Infirmiers et infirmières, rôle, 8:7,22-3; 15:128-9,133-6; 19:5-6, 8-9; 23:22-3
- Code d'éthique, 19:10
- Euthanasie, définition, confusion, 27:32; 28:17; 33R:15
- Inquiétudes, 15:127; 21:66-7; 32:41
- Pays-Bas, 21:7,21-3
- Personnes handicapées et invalides, attitude, ignorance et peur, 18:55-6,59,97-8,100,102,138; 23:49
- Recommandations, 19:6-7,9
- Rôle, 8:7; 15:128-9,133-6; 19:5-6,8-9; 26:25-6
- Soins palliatifs à domicile, 26:25-6; 33R:23-5
- Traitements aux mourants, dilemmes, prise de décisions, document de travail, 19:5,9
- Voir aussi*
- Euthanasie - Infirmiers, infirmières,
- Euthanasie - Professions de la santé
- Paramédicaux, professions de la santé, coordination, 10:13; 17:67
- Pharmacien, position, rôle, 23:19-29
- Santé, programmes de soutien et de gestion du stress, 19:28-9
- Soins palliatifs, 33R:15
- Éducation, formation, médecins et infirmiers, 7:19; 15:18,67-8, 143-4,146-7; 16:18-9; 17:6,53-5,76,87; 18:42; 19:14; 20:46; 22:22-39; 23:39; 25:27; 27:31; 32:56,60; 33R:2, 21,32-3,A-96-7
- Financement, 23:10,12; 33R:20
- Interaction et communication entre, importance, 22:42; 27:21-2
- Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25
- Spécialité, 22:40-1
- Efficacité, programme, essentiel, 23:6-7
- Médecin, rôle, 24:9-12; 32:10
- Traitements agressifs, 33R:45
- Suicide, prévention, essentiel, 23:6-7
- Voir aussi*
- Médecine
- Traitements médicaux

**Projet de loi C-203 - Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) (3<sup>e</sup> session, 34<sup>e</sup> législature)**  
 Comité, rapport, 33R:A-29,A-33  
 Référence, 7:4

**Projet de loi C-215 - Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide)**  
 Comité, rapport, 33R:A-31,A-33



**Palliative care—Cont'd****Quality—Cont'd**

Efficiency, effects, 23:6-7

Perception, 27:7-8; 32:17,55

Rationing procedures, 20:67

Recommendations, 22:29-30; 23:16

Research, 23:37; 29:7-10,14; 30:24

Committee recommendation, 33R:ix-xi,24

Funding, activities, 30:18

Information, need, 25:30-1

Data, precise, problems, 29:10

Pharmaceutical and palliative care, 15:65; 17:82

Advancement, 22:37-8

Problems, incentives, cooperation, 17:21-4,43; 20:40-2;

22:37; 25:30; 29:8-9

Role, limitations, views, 2:16; 4:47-8; 6:34-5,51; 8:12-3,30;

10:43-4; 15:61,90-1,93-4,148-9; 16:20-1,32; 17:42-3;

18:82; 20:24,57; 24:4-33; 29:7,22-3

Seniors, aging population, quality of life, effects, 19:33;

23:31-3; 32:23,51-2,55-6,58; 33R:8

Statistics, 32:38

Social workers, role, 4:29-31

Socio-economic conditions, effect, 16:50,52; 23:32

System, reform, 17:66-7

Treatment, interruption

Advance directives, 20:36-7,55,57; 32:63; 33R:15,45,47-50

Committee recommendations, 33R:ix-xi,50

Alzheimer's cases, circumstances, 18:51-2; 21:17-8; 23:48;

32:44,48

Amyotrophic Lateral Sclerosis, 25:37; 26:9; 32:29-30

Decision making

Control mechanisms, 20:36-7,60

Ethical analysis, integration, 20:36; 2:24

Responsibility, 15:81,103,140; 17:12,83; 18:37,51-2;

19:23,29-31; 20:19-20; 26:13-4

Scientific data, research, need, 20:37,40-2

Definitions, terms, 33R:14-5

Depression, effects, 21:17; 28:20; 32:59

Handicapped infants and young children, decision, 20:29-30;

31:31-2

*See also above*

Children

Incompetent patients, options, 20:57; 28:20; 32:66-8;

33R:14,41,45

Legal ambiguities, need to clarify, suggestions, 20:37-8,42,44,

61-2

Proposed changes to Criminal Code, need, 15:39-42; 19:36,

38-9,47; 20:57,60-1

Opinion, 32:40,58

*See also*

Criminal Code

Prosecution, guidelines, 20:59-60,63-4

Team effort, health care, need for communication, 15:123-6,

128; 19:22-3,30-1; 32:18

Importance, 24:4

Team work, 27:43

Use, suggestion, 15:31-3

Under-utilized, under-developed, 29:37

Volunteers, role, importance, 16:36-7; 17:67; 32:12; 33R:18,23

Committee recommendation, 33R:ix-xi,24

Education, training, 14:149,156-7; 17:54; 23:32; 33R:18

Home care services, 20:51-2; 23:32; 26:25

*See also*

AIDS patients

**Projet de loi C-261 - Loi légalisant dans certaines conditions**

l'administration de l'euthanasie aux personnes qui le demandent

et qui sont atteintes d'une affection irrémédiable, concernant

l'abstention et l'interruption de traitement et modifiant le Code

criminel (aide au suicide) (3<sup>e</sup> session, 34<sup>e</sup> législature)

Comité, rapport, 33R:A-31,A-33

**Projet de loi C-351 - Loi modifiant le Code criminel (personnes en**phase terminale) (2<sup>e</sup> session, 34<sup>e</sup> législature)

Comité, rapport, 33R:A-28,A-34

**Projet de loi C-385 - Loi modifiant le Code criminel (aide au**suicide) (3<sup>e</sup> session, 34<sup>e</sup> législature)

Comité, rapport, 33R:A-30,A-33

**Pro-Life Society of British Columbia**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:6-18; 33R:A-9

**Providence Hospital**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Pro-vie, groupes***Voir*

Avortement - Euthanasie - Groupes pro-vie

**Pro-Vie Clare**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Provinces**

Directives préalables

Différences, 15:29; 27:13; 28:9-12; 33R:1

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi

Études, conclusions, 9:33

Euthanasie, compétences, pouvoirs, 31:32,35-6; 33R:1

Soins palliatifs

Accès, 23:38-9; 24:29

Compétences, pouvoirs, 16:45; 17:57-8; 22:33; 27:12; 29:10;

31:24,27; 32:68; 33R:23-4,A-90-1

Données, précises, problèmes, 29:8-13

Éducation, formation, 4:62,64-5; 5:38; 7:19; 14:31,149,

156-7; 17:54-5,66-7,75-6; 22:34-5; 32:56,60;

33R:A-96-112

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25

Financement, effets, 20:83; 29:15; 33R:19,A-93-4

Hôpitaux et églises, 15:102

Lignes directrices, normes, 20:63, 25:23; 29:14; 31:29-30;

33R:A-91

Traitements médicaux, retrait, lignes directrices, 31:27,29-30

*Voir aussi sous**Noms individuels des provinces et territoires***Pruss, Thaddeus W., Surrey, Colombie-Britannique**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Quapp, Roma, Conference of Mennonites of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:111-3,119

**Québec**

Centre local de services communautaires, 32:35-7

Comité, rapport

Directives préalables, état du droit, 33R:47,A-65,A-68

Publications gouvernementales, 33R:A-24

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,52

**Palliative care—Cont'd****See also—Cont'd**

- Hospice services and nursing homes
- Hospitals
- Netherlands
- Pain control, treatment
- Provinces

**Palliative Care and Euthanasia, a Continuum of Care**

- Ogden, Russel D., *Journal of Palliative Care*, 14:76-7; 33R:A-22

**Palliative Care Services Guidelines**

- Health Department, up date, proposal, 29:14; 33R:23

**Pankratz, H. Robert C., Canadian Physicians for Life;****Compassionate Healthcare Network Association****Biographical notes, 14:21**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 14:21,24,27-28,30-4, 37-8,40; 15:116; 33R:30

**Parizeau, Alice**

- Une femme*, references, 13:11,25

**Parliament****See under**

- Euthanasia - Legislation

**Patients**

- Advance directives, incompetent patient, family consent, 15:30-1; 32:45,60,66-8

- Doctor-patient relationship, importance, 24:7; 26:10; 30:18; 32:10,21-2,57; 33R:7-8

- Unique nature of every case, 23:7-8,10; 27:15-6

- Health care system, consumer, changing role, 19:18-9,27; 32:54-5

- Human dignity, 30:18; 32:62-3

- Mood swings, 4:61-3

- Rights and freedom, 8:19; 24:30; 27:5; 32:6-9,41,57-8; 33R:1,7-8

- Advance directives, incompetence, consent of family, 15:29-31; 32:45,60,66-8

- Self-determination, autonomy, 20:69; 28:11; 31:7-8; 32:59,66-8; 33R:12-3

- Competence, 1:45; 22:20; 32:45

- Decision-maker, 26:7-9

- Incompetence, 23:17; 32:45

**See also**

- AIDS patients
- Euthanasia
- Palliative care
- Seniors
- Terminally ill persons

**People in Equal Participation Inc.**

- Background information, 17:101,105,108-10,114

- Euthanasia and assisted suicide, study, 17:102-4,106-7, 111-13,115; 33R:A-9

**Perkin, Reg L., College of Family Physicians**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 23:4-5,10-2

**PERRAULT, Hon. Raymond J., Senator**

- Euthanasia and assisted suicide, study
- Aged, vulnerability, 15:118

**Québec—Suite****Décision judiciaire**

- Nancy B.*, 1:31; 4:44; 19:41-2; 28:20,29; 31:17,27, 36; 33R:1,38-9,A-29,A-72-3

- Comparaison, intérêt, 6:65-6; 12:70; 17:101-4; 26:28; 27:56; 28:35-7; 29:12; 32:14,28-30

**Voir aussi sous*****Nancy B.***

- Directives préalables, mandat, 27:13; 33R:15,49

- But, 12:81-2

- Définition, 27:13

- Mon mandat en cas d'inaptitude*, citation, 8:51-2

- Notaires, attitude, 1:52

**Euthanasie**

- Code civil, 25:9; 33R:15,40,49

- Droits de la personne, 23:48

- Sondage, chiffres, 25:35; 32:50-1

- Hôpitaux, 19:32-53; 33R:8,A-2

- Définitions, 19:35,43

- Éthique, problèmes, structures, groupe de réflexion, conclusions, 19:32,34,37,51

- Principes directeurs fondamentaux, reconnaissance, 19:35-6

- Questionnaire, résultats, 19:32-4,41,49-50

- Soins et services, qualité, engagement, 19:38

- Soins palliatifs, 24:20; 29:32-3; 33R:A-106-7

- Centres d'hébergement, réseau, 32:39,48

- Statistiques, 32:46

- Personnes âgées, 32:38,47

- Éducation, formation, 22:35; 32:16; 33R:A-107

- Professions médicales, 32:47

- Sidéens, 32:14-9

- Statistiques, 32:11-3,17

**Quill, Timothy**

- Références, 25:43; 27:14

- New England Journal of Medicine*, 20:60-2,65

**Rainsbury, Paul, Collège des médecins de famille du Canada**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:5-6,11,15-6

**Rapport au sénat**

- De la vie et de la mort*, rapport final du Comité, 33R:i-xi,1-93, A1-A-178

**RCR****Voir**

- Soins palliatifs - "Ne pas réanimer" et réanimation cardiorespiratoire

**REAL Women of British Columbia**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:133-6; 33R:A-9

**Realistic, Equal, Active for Life****Voir**

- REAL Women of British Columbia

**Rees, Carroll, Action pour la vie**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:10-3,27; 33R:31

**Régime du système de santé**

- Buts, objectifs, 15:75

- Consommateur de soins, patient, rôle, évolution, impact, 19:18-9,27-8; 28:14-5



**PERRAULT, Hon. Raymond J., Senator—Cont'd****Euthanasia and assisted suicide, study—Cont'd**

- Assisted suicide, rights, 16:59-60
- Coroner, British Columbia, role, powers, 16:70,72
- Decision to prolong life, 1:47-8; 15:35-7
- Doctors, involvement, 15:90
- Euthanasia, legalization, concerns
  - Acceptable social act, public opinion, 15:91-2
  - Advantages and disadvantages, Report of the British medical service, 15:92
  - Doctor-patient relationship, 15:90
  - Other countries, 1:37; 14:19
  - Political contexts, 14:106
  - Safeguards, 14:85-6
  - Society, effect, 14:17-8,135-6
- Nazi Germany, experience, 1:38; 14:57
- Netherlands, experience, 2:6; 13:23; 14:137
- Palliative care, 5:17-8,25,38-9; 7:40-1; 11:11-3,27; 13:22-4; 14:30-1,67,91-2,106-7,155-7; 15:35-7
- AIDS patients, 16:27-30
- Benefits, efficiency, 15:91,102-3
- Churches, involvement, 15:67-8
- Hospices, 16:48-50
- Medical science, capability, 15:67,90
- Support program, 15:17
- Training, need, 15:67; 16:16-8
- Western Canada, situation, 15:102
- Right to commit suicide, 15:138-9
- Severe mental depression, 15:35-7,139
- Rodriguez, Sue, case, 7:28-9
- Suicide, mental illness, relationship, statistics, 15:117
- "Wanted experience", 14:134-5
- Witnesses, opinions, 7:40,41; 11:27; 14:121; 15:115-6
- Organization meeting, 1:10-2,14,20,23-5

**Perry, case***See under*

Euthanasia - Legal decisions

**Person (The) in Community**

Canadian Physicians for Life, brief, 14:21-2

**Petrucka, Diane, Canadian Nurses for Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:5,19-24,26

**Pharmaceutical products***See*

Drugs and pharmaceutical products

**Pharmacist***See under*

Drugs and pharmaceutical products

**Phillips-Nootens, Suzanne, Ethics Committee, Université de Sherbrooke**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:19-20,27-32,36-9

**Philosophy***See under*

Religions

**Physician Assisted Death: Is it right for Canada?**

Compassionate Healthcare Network Association, 15:108-15

**Régime du système de santé—Suite**

Coupures, restructurations, effets, 17:78; 32:54-5,59

Financement, 10:21-2

Coûts, 12:19

Diagnostic, pronostic, 29:6

**Euthanasie**

Administration, évolution, effets, 16:66-7; 32:54-5

Établissements de santé, étendue de la pratique, 16:14-5; 31:6

Travailleurs, obligation de la société, 17:27-8,34-5

*Voir aussi*

Euthanasie - Légalisation - Régime du système de santé

Infirmiers et infirmières, rôle, 19:6-7; 26:25-6

Ministre de la Santé, rôle, 31:24

Personnes âgées, inquiétudes, 14:114

Problèmes de valeur, de signification et de finalité, interrogations, 16:62

Qualité, 18:308

Soins palliatifs, impact, 15:125-6; 17:63-4; 19:28; 33R:15, 17-9,21-2,A-94-5

Grille des honoraires et prestations, écarts, 20:72-3; 26:20-1, 23-4; 33R:20

Patients, coûts, couverture, 17:70; 23:38

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25

Soins à domicile, propositions, 23:22; 32:56; 33R:23-5

Système à un seul palier, 17:68

Thérapies coûteuses, distinction fondée sur l'âge, 15:16-7; 27:7; 33R:8

*Voir aussi*

Provinces

**Registered Nurses Association of British Columbia**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Reibl v. Hughes, affaire***Voir sous*

Euthanasie - Décisions judiciaires

**Reins**

Dialyse, candidats, évaluations éthiques, 14:151-2

**Religion**

Acharnement thérapeutique, position, 1:53-4; 14:150; 27:32

Agents pastoraux, rôle, 24:20-33

Âme, libre arbitre, rôle, 15:136-9

Anglicane, 28:4-5

Autoritaires, violence, effets, 25:35

Biologie, idolâtrie, 27:31-2

Catholique, 22:44,54; 28:4; 30:13,16

Coalition des catholiques fondamentalistes, 18:38

Contrôle des naissances, 30:4-5

Hospices, participation historique, 14:147

Soins palliatifs, ressources, 22:54-5

Théologie, principe du "double effet", 14:151; 22:50

Chrétiens, 27:27-8,30,33

Compassion, opinion, 22:55

Contrôle des naissances, 30:4-5

Directives préalables, 22:55-6

Définitions, 33R:15,47

Douleur, souffrances, peur, effets, 22:47-8,55; 27:33; 28:16, 18; 32:50-1,55

Droits de la personne, société, 22:52-5; 28:6

Éthique, 22:43

Convictions, respect, 17:26,33-4,116; 18:25,33,37-9; 19:32



- Physicians**  
*See under*  
 Medical profession - Doctors and physicians
- Physicians and Scientists for a Healthy World**  
 Written submission, 33R:A-16
- Physicians Who Respect Human Life, Ottawa and District**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 7:5-20; 33R:A-9
- Pickup, Mark (Personal presentation)**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 27:22-9; 33R:62,A-9
- Pollen, Amy, Compassionate Healthcare Network Association**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 15:117
- Poverty**  
 Euthanasia, socio-economic conditions, concerns, 22:49
- Powell, Thomas, case**  
*See*  
 Assisted suicide - Legal decisions - *Miles, Lorraine*
- Power, Michael William**  
*See under*  
 Supreme Court of Nova Scotia
- Presbyterian Church of Canada**  
 Written submission, 33R:A-16
- Prince Edward Island**  
 Advance directives, legal status, 33R:48,A-65  
 Committee, report  
   Government publications, 33R:A-24  
   Recommendations, 33R:ix-xi,50  
 Palliative care, 33R:A-108
- Pritchard, Doug, Conference of Mennonites of Canada**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 18:108-11,116-7
- Private Member's Bill**  
 Chronology, 33R:A-28-9
- Procureur Général du Canada v. Hôpital Notre Dame et Niemic (1984), C.S. 426, 33R:39**
- Pro-life groups**  
*See under*  
 Abortion - Euthanasia and assisted suicide
- Pro-Life Society of British Columbia**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 15:6-18; 33R:A-9
- Providence Hospital**  
 Written submission, 33R:A-16
- Pro-Vie Clare**  
 Written submission, 33R:A-16
- Provinces**  
 Advance directives, 33R:47-50  
   Committee recommendations, 33R:ix-xi,24  
   Differences, 15:29; 27:13; 28:9-12; 33R:1  
 Euthanasia, jurisdictions, powers, 31:32,35-6; 33R:1
- Religion—Suite**  
 Euthanasie et aide au suicide, rôle, 15:99; 17:33  
   Décès, mort naturelle et artificielle, intention, différences, 22:50-1  
   Définitions, 22:44,50-1; 27:30-1,39-41  
   Législation, opposition, conséquences, 22:48-55; 27:44-5; 28:4-14  
   Religions, 27:27,41,53-4; 28:13; 30:16  
 Frères chrétiens, 18:36-7  
 Islamique, 30:4  
 Judaïsme  
   Analgésiques, 14:51  
   Compétence, 14:43-4  
   Directives préalables, 14:44-5  
   Douleur, médicaments, 14:51  
   Euthanasie, 14:50  
   Forum d'éthique médicale sur l'euthanasie, référence, 14:41  
   Judéo-chrétiens, principes et héritage, 17:116; 20:24-5; 32:50  
   Réanimation, 14:53,56  
   Soins palliatifs, 14:48-9  
 Mennonites, activités, 18:118-20  
 Musulmane, 30:4  
 Philosophies, 14:88-9; 15:96; 16:79-80; 20:31-2; 22:43,50-1; 27:52; 28:16  
 Protestants, 30:13  
 Soins palliatifs, 27:31,33  
   Définition, 27:41  
   Implication, disponibilité, 15:67-8,99  
 Spiritualité, 18:11; 27:33; 32:32  
   Autochtones, 30:20-1,23-5  
   Dieu, 22:47; 27:30; 30:4,14  
   Amour, 27:47  
   Souveraineté, respect, 17:103; 18:34-5; 22:45  
 Suicide, 22:45,51  
 Valeurs, changements, effets, 24:16-7; 27:27,44; 30:16  
 Communauté attentionnée, 27:38-9  
 Traditions, 15:60  
 Vie, attitude historique, 8:55-6; 22:43-6,52-5; 27:27,33; 28:4; 32:58; 33R:1  
   *Voir aussi*  
   Vie
- Religious Hospitallars of St. Joseph**  
 Mémoire présenté, 33R:A-16
- Remmelink, commission**  
*Voir*  
 Commission Remmelink
- Renault, Thaddée, Fredericton, Nouveau-Brunswick**  
 Mémoire présenté, 33R:A-16
- Renold, Joan, White Rock, Colombie-Britannique**  
 Mémoire présenté, 33R:A-16
- Résidence Christopher Robin**  
 Références, 20:5-6,11,17,29-30; 23:48-9
- Responsable jusqu'à la fin**  
 Bureau, Yvon, 4:32-3; 33R:A-9
- Reynolds, Larry, Association catholique manitobaine de la santé**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:61-76

**Provinces—Cont'd**

Medical treatments, withdrawal, guidelines, 31:27,29-30; 33R:1

**Palliative care**

Access, 23:38-9; 24:29

Data information, precise, problems, 29:8-13

Education, training, 4:62,64-5; 5:38; 7:19; 14:31,149, 156-7; 17:54-5,66-7,75-6; 22:34-5; 32:56,60; 33R:A-96-112

Committee recommendations, 33R:ix-xi,24

Funding, effects, 20:83; 29:15; 33R:19,A-93

Guidelines, standards, 20:63; 25:23; 29:14; 31:29-30; 33R:A-91

Hospitals and churches, 15:102

Jurisdictions, powers, 16:45; 17:57-8; 22:33; 27:12; 29:10; 31:24,27; 32:66-8; 33R:22-3,A-90-1

Studies, conclusion, 9:33

See also under

*Individual provinces and territories*

**Pruss, Thaddeus W., Surrey, British Columbia**

Written submission, 33R:A-16

**Public opinion**

See under

Euthanasia

**PVS**

See

Palliative care - Persistent vegetative state

**Quapp, Roma, Conference of Mennonites of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:111-3,119

**Quebec****Advance directives**

Definition, 27:13

*Mon mandat en cas d'incapacité*, quotation, 8:51-2

Notaries, attitude, 1:53

Purpose, 12:81-2

Centre local de services communautaires, 32:35-7

**Committee, report**

Advance directives, legal status, 33R:47,A-65,A-682

Definition, 33R:15

Government publications, 33R:A-23

**Euthanasia**

Civil Code, 25:9; 33R:15,38,47

Human rights, 23:48

Survey, figures, 25:35; 32:50

Hospitals, 19:32-53; 33R:8,A-2

Care and services, quality, commitment, 19:38

Definitions, 19:35,43

Ethics, problems, structures, policy advisory group, conclusions, 19:32,35,37,51

Fundamental guiding principles, recognition, 19:35-6

Questionnaire, results, 19:32-4,41,49-50

**Legal decision**

*Nancy B.*, 1:31; 4:44; 19:41-2; 28:20,29; 31:17,27, 36; 33R:1,38-9,A-29,A-72-3

Comparison, interest, 6:65-6; 12:70; 17:101-4; 25:28; 27:56; 28:35-7; 29:12; 32:14,28-30

See also under

*Nancy B.*

**Richard, Marc, St-Jean, Nouveau-Brunswick**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Richler, Diane, Association canadienne pour l'intégration communautaire**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 23:44-9

**Right to Die Society of Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:32-3,36-51; 33R:A-9

Information de base, 25:34-5

*Last Rights*, John Hofsess, éditeur, 25:32,35

**Right to Life Association of Toronto**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:37-42; 33R:52,A-9

Information de base, 8:36

**Rock, honorable Allan, ministre de la Justice**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 31:14-36; 33R:28-30,A-8

Références, 24:31; 26:21,23,26

**Rodney, Patricia (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:123-30; 33R:32,45,A-9

Référence, 30:8-9

**Rodríguez, Sue, affaire**

Demande pour assistance au suicide, contexte, approche, 14:9-10; 15:59-62,111; 24:18-9,26-7

Pro-vie, groupe, violence, inquiétudes, 25:35

*Uncommon Will: The Death and Life of Sue*, Lisa Hobbs Birnie, 14:34-5; 15:111; 33R:A-19

Vie, caractère, nature de sa souffrance, 14:6-8,38; 15:111

Voir aussi sous

Aide au suicide - Décisions judiciaires

Euthanasie - Décisions judiciaires

**Rodríguez (The) Case: Where Do We Go From Here - a Multi-Dimensional Approach**

Sneiderman, Barney, mars, 1994, 6:58; 33R:A-25

**Rol George V, affaire**

Voir sous

Aide au suicide - Décisions judiciaires

**Rojas, Teresa, Victoria, Colombie-Britannique**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Rose, Alex K.H., Lacombe, Alberta**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Rosenbaum, Stanley, Choice in Dying, Ottawa**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:27-32,34-6

**Ross, Eleanor, Association des infirmières et infirmiers du Canada**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:4-11,13-8; 33R:23-4

**ROSSITER, honorable Eileen, sénateur**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:5,33-4

**Rowand, R. Scott (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 9:32-44; 33R:42,69,85, A-9,A-56,A-95

Notes biographiques, 9:31

**Quebec—Cont'd**

- Palliative care, 24:20; 29:32-3; 33R:A-104-6
- AIDS patients, 32:14-9
  - Statistics, 32:11-3,17
- Centres, network, 32:39,48
  - Statistics, 32:46
  - Seniors, 32:38,47
- Education, training, 22:35; 32:16; 33R:A-105-6
- Medical professions, 32:47

**Quebec Association of Palliative Care**

- See*
- Association québécoise des soins palliatifs

**Quebec Civil Code**

- Committee report
  - Advance directives, 33R:15,47
  - Relevant provisions, 33R:A-40-2
- Discussion
  - Art. 10 - Every person is inviolable and is entitled to the integrity of his person. Except in cases provided for by law, no one may interfere with his person without his free and enlightened consent, 19:33; 33R:38,A-40
  - Art. 11 - No person may be made to undergo care of any nature, whether for examination, specimen taking, removal of tissue, treatment or any other act, except with his consent, 33R:38,A-40
  - Art. 12 - If the person concerned is incapable of giving or refusing his consent to care, a person authorized by law or by mandate given in anticipation of his incapacity may do so in his place, 33R:38,A-40
  - Art. 1457-1481, 33R:33
- See also*
- Quebec - Euthanasia

**Quebec Human Rights Commission**

- Reference, 23:48

**Quebec Superior Court**

- Niemic*, case, 33R:39
- References, 33R:1,38-9,A-29

**Quill, Timothy**

- New England Journal of Medicine*, 20:80-2,85
- References, 25:43; 27:14

**Rainsbury, Paul, College of Family Physicians**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 23:5-6,11,15-6

**Rand formula**

- See under*
- Ontario

**RDMA**

- See*
- Royal Dutch Medical Association

**REAL Women of British Columbia**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:133-6; 33R:A-9

**Realistic, Equal, Active for Life**

- See*
- REAL Women of British Columbia

**Roy, David, Institut de recherche clinique de Montréal**

- Euthanasia: Where Do We Go After Taking a Stand?*, article, référence, 6:31
- Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:5-21; 33R:33,58-9, 64-5,82
- Références, 28:5; 32:21-2

**Roy, David J.**

- Bioethics in Canada*, John Reynold Williams et Bernard M. Dickens, 18:66

**Royal Dutch Medical Association**

- Voir*
- Association médicale des Pays-Bas

**Royal Netherlands Medical Association**

- Voir*
- Association médicale des Pays-Bas

**Royaume-Uni**

- Chambre des Lords, Comité spécial sur l'éthique médicale*, rapport, euthanasie, 4:56; 5:16,32-3; 6:12; 8:36; 12:8,10; 14:17-8,35; 15:92,97; 21:26; 22:48-9,51-2,54-5; 24:26-7; 28:4-5,8-9,13,23,31; 30:6-7; 31:15; 33R:A-153-4,A-156
- Comité, rapport, publications gouvernementales, 33R:A-24
- Euthanasie et aide au suicide, A-153-7
- Autres pays, comparaison, 21:26,31-2; 22:22; 25:27
- Personnes âgées, inquiétudes, 30:7
- Exemple, 31:18-9
- Institutionnalisation, mouvement, 29:5
- Phase terminale, soins de santé, efficacité, 26:20
- Soins palliatifs, 3:11; 18:33,120; 26:8,14-6; 27:33,43; 30:7; 33R:17

**St. Andrew's Presbyterian Church**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:54-63; 33R:31,84,A-10

**St-Arnaud, Jocelyne, Montréal, Québec**

- Mémoire présenté, 33R:A-17

**St. Christopher's Hospice (Londres, Angleterre)**

- Euthanasie, politique, 13:11
- Patients souffrant de sclérose latérale amyotrophique, 13:7,25

**St. Germain, Angèle (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 9:20-31; 33R:7,A-10,A-95
- Notes biographiques, 9:19

**St. Joseph's College Catholic Bioethics Centre**

- Mémoire présenté, 33R:A-17

**St. Mary's Hospital (New Westminster, Colombie-Britannique)**

- Déclaration des droits des patients, 14:149

**St. Paul's Hospital, Vancouver, Colombie-Britannique**

- SIDA, programme, 14:147,155; 16:38-41,46-8,80-1
- Unité de soins palliatifs, 14:147-8

**Santé, Loi canadienne**

- Discussion, 26:18-9
- Proposition, 23:22



**Rees, Carroll, Action Life**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:10-3,27; 33R:29

**Reform Party of Canada**

Preliminary Results of Polling of Constituents regarding Physician Assisted Suicide, Fall, 1994, 18:88-9; 33R:A-25

**Reformist Church of Holland**

*See*

Calvinist and Reformist Church of Holland

**Registered Nurses Association of British Columbia**

Written submissions received, report, 33R:A-16

**Reibl v. Hughes, case**

*See under*

Euthanasia - Legal decisions

**Religions**

Aggressive medical treatment, measures, opinion, 1:53-4;  
14:150; 27:32

Anglican, 28:4-5

Authoritarian, violence, concerns, 26:35

Biological idolatry, 27:31-2

Birth control, 30:4-5

Christian Brethren, 18:36-7

Christians, 27:26-7,30,33

Compassion, opinion, 22:55

Ethics, 22:43

Convictions, respect, 17:26,33-4,116; 18:25,33,37-9; 19:32

Euthanasia and assisted suicide, role, 15:99; 17:33; 27:27,41,  
53-4; 28:13; 30:16

Advance directives, 22:55-6; 33R:15,45,47

Death, natural and artificial, intent, differences, 22:50-1

Definitions, 22:44,50-1; 27:30-1,39-41

Legislation, opposition, consequences, 22:48-55; 27:44-5;  
28:4-14

Human rights, society, 22:52-5; 28:6; 33R:1

Islamic, 30:4

Judaism

Advance directives, 14:44-5

Analgesia, 14:51

Euthanasia, 14:50

Forum of medical ethics on euthanasia, reference, 14:41

Judeo-Christian principles and heritage, 17:116; 20:24-5;  
32:50

Jurisdiction, 14:43-4

Pain medication, 14:51

Palliative care, 14:48-9

Resuscitation, 14:53,56

Life, historical attitude, 8:55-6; 22:43-6,52-5; 27:27,33; 28:4;  
32:58; 33R:1

*See also*

Life

Mennonites, activities, 18:118-20

Muslims, 30:4

Pain, suffering, fear, effects, 22:47-8,55; 27:33; 28:16,18;  
32:50,55; 33R:1

Palliative care, 27:31,33

Definitions, 27:41; 33R:14

Implication, availability, 15:67-8,99

Pastoral care, role, 22:43; 24:20-33

Philosophy, 14:88-9; 15:96; 16:79-80; 20:31-2; 22:43,50-1;  
27:52; 28:16

**Santé, ministère**

Comité, rapport

Chronologie, 33R:A-28

Publications gouvernementales, 33R:A-24

Recommandations, 33R:ix-xi

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:4-19; 33R:A-8

Rôle, discussion, 29:16-9; 30:19

Ministre, 31:24

Soins palliatifs, 30:19

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,24

*Services de soins palliatifs - Guide*, proposition, 29:14; 33R:24

*Voir aussi*

Régime du système de santé

**Santé nationale et Bien-être social, ministère**

*Voir*

Santé, ministère

**Saskatchewan**

Comité, rapport

Directives préalables, état du droit, 33R:50,A-65

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi

Euthanasie et aide au suicide, décisions judiciaires, Battleford,

*Latimer, Robert*, 18:141-2; 25:34,44; 26:22; 27:7,14;

28:20-1,28,32-3; 29:14,46-8; 31:25; 33R:A-32

Soins palliatifs, 33R:A-101-3

**Saskatchewan Palliative Care Association**

Référence, 33R:A-101-2

**Sasseville, Teresa, Ottawa, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Saunders, Cicely, St. Christopher's Hospice**

Références, 6:54; 14:153; 24:17; 30:11,17-8; 32:55; 33R:17,  
A-123

**Saunders, Richard, Alberta Indian Health Care Commission**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 30:25

**Sawyer, Douglas, Association médicale canadienne**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:6-12,16-23,28-9,31-2;  
33R:44,A-23

Notes biographiques, 25:4

**Scandiffo, June, Right to Life Association of Toronto**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 8:36-40,48,50-3; 33R:52

**Schafer, Arthur, Centre for Applied Ethics, University of Manitoba**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:120-30,132-6; 33R:12,  
30,33,46,68,71,86

**Schedule of Benefits, Physician Services under the Health Insurance Act**

*Voir sous*

Assurance-santé de l'Ontario

**Schilder, Arn, British Columbia Persons with AIDS Society**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:23-31,33-6; 33R:21-2

**Schultz, Izabela, Vancouver, Colombie-Britannique**

Mémoire présenté, 33R:A-16

**Religions—Cont'd**

- Protestants, 30:13
- Roman Catholics, 22:44,54; 28:4; 30:13,16
  - Birth control, 30:4-5
  - Catholic Fundamentalist coalition, 18:38
  - Hospice movement, historical involvement, 14:147
  - Palliative care, resources, 22:54-5
  - Theology, principle of "double-effect", 14:151; 22:50
- Soul, free will, role, 15:136-9; 32:43-4
- Spirituality, 18:11; 27:33; 32:32
  - Aboriginal peoples, 30:20-1,23-5
  - God, 22:47; 27:30; 30:4,14
  - Love, 27:47
  - Sovereignty, respect, 17:103; 18:34-5; 22:45
- Suicide, 22:45,51
- Values, changes, effects, 24:16-7; 27:27; 30:16
- Caring community, 27:38-9
- Traditions, 15:60

**Religious Hospitallers of St. Joseph**

- Written submission, 33R:A-16

**Rommelink Commission**

- References, 1:35; 2:33,37-8,40-1; 6:49,60-1; 7:16-7; 12:10; 14:129; 16:75; 17:46-7,90-1; 18:44-5,48,66-7,127,138, 140,147; 21:6-22,24-30,35,38,56-9,62,65-6,69,71; 22:18; 25:16; 26:4-5,12; 30:11; 31:35; 32:59; 33R:A-127, A-135-40,A-142

**Renault, Thaddée, Fredericton, New Brunswick**

- Written submission, 33R:A-16

**Renold, Joan, White Rock, British Columbia**

- Written submission, 33R:A-16

**Report to Senate**

- Of Life and Death*, final report of the Committee, 33R:i-xi,1-91, A1-A173

**Responsable jusqu'à la fin**

- Bureau, Yvon, 4:32-3; 33R:A-9

**Reynolds, Larry, Catholic Health Association of Manitoba**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 18:61-76

**Richard, Marc, St. John, New Brunswick**

- Written submission, 33R:A-16

**Richler, Diane, Canadian Association for Community Living**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 23:44-9

**Right to Die Society of Canada**

- Background information, 25:34-5
- Euthanasia and assisted suicide, study, 25:32-3,36-51; 33R:A-9
- Last Rights*, John Hofsess, editor, 25:32,35

**Right to Life Association of Toronto**

- Background information, 8:36
- Euthanasia and assisted suicide, study, 8:37-42; 33R:50,A-9

**Rights and freedom**

- Advance directives, 28:11
- Definitions, boundaries, terms, effects, 29:26-7; 31:7; 33R:11-5

**Sclérose en plaques**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 33R:19,25
- Vidéo, présentation, 25:32-3,37

**Sclérose latérale amyotrophique (SLA)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 33R:19,25,54
- Références, 13:7,25; 18:118-9 25:37; 26:9; 32:25-6,35-7
- Voir aussi*
- Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec

**Scott, Charles, Conseil sur le vieillissement**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:66-8

**Scott, John F.**

- Articles, 33R:A-22
- Douleurs cancéreuses: une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs cancéreuses*, comité consultatif d'experts pour le traitement des algies chroniques intenses chez les cancéreux, rapport, 1984, 22:28

**Scott, Margaret, Société canadienne du cancer**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 6:48-57; 33R:A-110
- Notes biographiques, 6:47

**SCS**

- Voir*
- Société canadienne du SIDA

**Searies, Neil, Association manitobaine des droits et libertés**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:38-9,41
- Silence Doesn't Obliterate the Truth*, références, 17:25-6,28-30

**Sédation**

- Voir sous*
- Douleur et la sédation, traitement - Pratiques

**Seguin, Marilynne, Mourir dans la dignité**

- A Gentle Death*, référence, 7:35
- Euthanasie et aide au suicide, étude, 7:20-1,22-5,28-9,32-3, 35-45; 33R:67

**Semkiw, Elizabeth (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:149-51; 33R:A-9

**Sénat**

- Voir sous*
- Euthanasie - Législation - Parlement

**Senn, John, Sunnybrook Health Science Centre**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 9:5-19; 33R:57
- Notes biographiques, 9:4

**Seravalli, Egilde**

- Wounded (The) Healer*, article dans *Humane Medicine*, avec Joseph Fashing, août 1991, citations, 7:8-10

**Services de soins palliatifs - Guide**

- Santé, ministère, mise à jour, proposition, 29:14; 33R:24

**SIDA**

- Décès, nombre, 12:39; 33R:9
- Maladie, 33R:8-9
- Inquiétudes, 27:37
- Progression, 12:40



**Rights and freedom—Cont'd**

- Individual and collective rights, common good, comparison, 18:85; 27:53-4,60; 28:6-8,13-4; 29:26-7,38; 32:6-9,57-8; 33R:12
- Legal difference, 9:6-7; 15:106-8; 17:38-9; 18:76-8; 22:51-3; 33R:1
- Legislation, need to clarify, 20:37-8,45-6,60-1; 25:6
- Rights or freedom to
  - Commit suicide, 7:25-7; 8:49-50,72; 14:132-4; 15:53-5,70-2; 28:36
  - Die, 6:17; 15:53-5; 17:103-4; 18:20
  - Refuse or withdraw treatment, 14:150-1; 15:101; 17:103-4, 116-8; 18:21-2,37,116-8,131-2; 19:22,42; 32:14
  - Futile, 25:7
- Self-determination, 15:101; 16:26-7
  - Equating with self-destruction, effects, 15:55-6,105; 28:13
- Soul, free will, role, 15:136-9; 32:43-4
- See also*
  - Canadian Charter of Rights and Freedoms
  - Constitution
  - Society

**Rock, Hon. Allan, Minister of Justice**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 31:14-36; 33R:26-7,A-5
- References, 24:31; 26:21,23,26

**Rodney, Patricia (Personal presentation)**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 15:123-30; 33R:29-30, 43,A-9
- Reference, 30:8-9

**Rodriguez, Sue, case**

- Life, character, nature of her suffering, 14:6-8,38; 15:111
- Pro-life group, violence, concerns, 25:35
- Request for assisted suicide, background, approach, 14:9-10; 15:59-62,111; 24:18-9,26
- Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*, Lisa Bernie Hobbs, 14:34-5; 15:111; 33R:A-19
- See also under*
  - Assisted suicide - Legal decisions
  - Euthanasia - Legal decisions

**Rodriguez (The) Case: Where Do We Go From Here - a Multi-Dimensional Approach**

- Sneiderman, Barney, March, 1994, 6:58; 33R:A-25

**Rojas, Teresa, Victoria, British Columbia**

- Written submission, 33R:A-16

**Roman Catholic Bishops of England and Wales**

- References, 28:4,13

**Rose, Alex K.H., Lacombe, Alberta**

- Written submission, 33R:A-16

**Rosenbaum, Stanley, Choice in Dying, Ottawa**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 8:27-32,34-6

**Ross, Eleanor, Canadian Nurses Association**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 19:4-11,13-8; 33R:23

**ROSSITER, Hon. Eileen, Senator**

- Euthanasia and assisted suicide, study, 8:5,33-4

**SIDA—Suite****Maladie—Suite**

- Symptômes, 22:36-7; 32:22
- Remède, découverte, espoir, 16:34-5,50
- Souches diverses, effets sur les étapes finales de la mort, 16:30
- VIH, test de dépistage, service de conseil, 14:116
- Voir aussi*
  - Sidéens, patients

**Sidéens, patients**

- Chronologie, 33R:A-28
- Communauté, 14:153; 16:32-4; 24:30
- Crainte, peur principale, 14:116; 17:59
- Désir de vivre, 8:41; 12:34
- Douleur, contrôle, 5:34; 16:25-8; 17:59; 27:37; 32:13,18-9, 60-2
- Euthanasie et aide au suicide
  - Décisions judiciaires, pratiques, 10:25,28; 14:75-6,115,117; 20:75; 22:14-5; 32:18-9; 33R:8-9
- Demandes, raisons, statistiques, 5:34-5; 12:35-8; 14:121; 16:25-6,30-2,35-6,41,43-4; 17:59-60,122-3; 18:31-2; 19:27; 27:37-8; 28:6,34; 30:26; 32:1-9,22,46,64
- Espoir, 16:34,50
- Étude, Sloan-Kettering Institute, New York, par Breitbart, 16:44
- Opinion, commentaires, 12:43-4; 14:75-6,153; 22:8; 24:30; 28:35; 30:26; 31:6; 32:5-23

**Familles**

- Acceptation, évolution, 14:114; 16:31; 32:17
- Groupe de soutien, comparaison, 27:37-8,43; 28:6-7; 29:11; 32:11-3,17,29,56
- Hôpitaux, attitudes, 12:36; 19:27; 32:16
- Isolément, solitude, pertes, effets, 6:10; 12:54-5; 14:112,154; 22:8,14-5; 28:9,34-5; 31:6; 32:22,59
- Nombre, situation, 16:28-9
- Personnes âgées, comparaison, 12:33
- Population, perspective médicale, évolution, 14:154; 32:6; 33R:8-9
- Sensibilisation, connaissance, 12:35-6; 19:27; 30:18; 32:5-6
- Soins palliatifs, 12:32-3; 33R:21-3,25
  - Accès, 22:35-6; 28:6; 29:33; 32:14-5
  - Aide au suicide, 28:34; 32:19
  - Bénévoles, rôle, efficacité, 17:67-8; 32:12
  - Besoins, nature, coûts, 16:40-1,45-7,80-1; 17:54-5
  - Disponibilité, 12:37; 16:25-6,28,80-1; 19:27
  - Effets, 14:22,115,154; 16:31-2; 32:11-3
  - Efficacité, résistance et refus, 16:26-7,31-2,34; 17:54-5,59, 68; 18:111
  - Lits, installations, nombre disponible dans le Lower Mainland, 16:28-30,49-50; 17:54,59,68; 27:38-9; 32:16
  - Médicaments, surconsommation, 16:26,34
  - Opinions, 12:49-50; 14:77,121
  - Pastorale, services, 14:118-9; 16:40-1
  - Programme, mise au point, groupe de travail national, 16:41
  - Refus, raisons, 16:27-8
  - Soins à domicile, 32:17,56
    - Décès à la maison, 33R:23
  - Nature, coûts, 16:30-1,45-7,80-1; 17:59
  - Relève, service, 16:40-1
- Suicide, risques, facteurs, moyens, 2:35; 16:29-31; 32:6
- Voir aussi*
  - SIDA

**Sigurdson, Tom (présentation personnelle)**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:119-23; 33R:67,A-10



- Rowand, R. Scott (Personal presentation)**  
Biographical notes, 9:31  
Euthanasia and assisted suicide, study, 9:32-44; 33R:40,67,83, A-9,A-56,A-95
- Roy, David, Clinical Research Institute of Montreal**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 22:5-21; 33R:31,56-7, 62,80  
*Euthanasia: Where Do We Go After Taking a Stand?*, article, reference, 6:31  
References, 28:5; 32:21-2
- Roy, David J.**  
*Bioethics in Canada*, John Reynold Williams and Bernard M. Dickens, 18:66
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**  
Background information, role, activities, 20:34  
Euthanasia and assisted suicide, study, 20:35-47; 33R:78,A-9  
References, 2:8-9; 20:80; 22:40; 25:18; 32:56
- Royal Dutch Medical Association (RDMA)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 21:9,15-6,18,22,25, 31-4,41,48,52,56-8,68-70; 33R:A-118,A-126-7,A-134  
References, 17:100; 18:47-8; 31:19,33
- Royal Netherlands Medical Association**  
*Voir*  
Royal Dutch Medical Association
- Royal Victoria Hospital, Montreal, Quebec**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 5:27-42; 6:27-47,55; 33R:6,18-20,33-4,44,64,70,A-9,A-10  
References, 27:13,16,19; 28:18,28; 29:33
- St. Andrew's Presbyterian Church**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 8:54-63; 33R:29,82, A-10
- St. Arnaud, Jocelyne, Montreal, Quebec**  
Written submission, 33R:A-17
- St. Christopher's Hospice (London, England)**  
Amyotrophic lateral sclerosis patients, 13:7,25  
Euthanasia, policy, 13:11
- St. Germain, Angèle (Personal presentation)**  
Biographical notes, 9:19  
Euthanasia and assisted suicide, study, 9:20-31; 33R:7,A-10, A-94
- St. Joseph's College Catholic Bioethics Centre**  
Written submission, 33R:A-17
- St. Mary's Hospital (New Westminster, British Columbia)**  
Bill of right for patients, 14:149
- St. Paul's Hospital (Vancouver, British Columbia)**  
HIV program, 14:147,155; 16:38-41,46-8,80-1  
Palliative care unit, 14:147-8
- Saskatchewan**  
Committee report  
Advance directives, legal status, 33R:48,A-65
- Silence Doesn't Obliterate the Truth***  
Searles, Neil, mémoire, références, 17:25-6,28-30
- Simmonds, Anne L., Église unie du Canada**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 27:30-47
- Simpson, Allan, Conseil des Canadiens avec déficiences**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:94-6,102-3,105-6
- Singer, Peter A.**  
*Canadian Family Physician*, 33R:A-21  
*Journal de l'Association médicale canadienne*, 7:5-7; 33R:A-21  
*Journal of American Geriatrics Society*, 33R:A-22  
*Journal of General Internal Medicine*, 33R:A-22
- Sisters of Charity of the Immaculate Conception**  
Mémoire présenté, 33R:A-16
- Sisters of Providence Continuing Care Centre**  
Mémoire présenté, 33R:A-16
- Sisters of St. Martha**  
Mémoire présenté, 33R:A-16
- SLA**  
*Voir*  
Sclérose latérale amyotrophique
- SLAQ**  
*Voir*  
Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec
- Smith, Julianna, Mississauga, Ontario**  
Mémoire présenté, 33R:A-16
- Smordin, Marcie (présentation personnelle)**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:78-9; 33R:A-11
- Sniderman, Barney, Faculty of Law, University of Manitoba**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 6:57-72; 33R:8,A-23  
Notes biographiques, 6:57  
*Rodriguez (The) Case: Where Do We Go From Here - a Multi-Dimensional Approach*, mars, 1994, 6:58; 33R:A-25
- Sobsey, Richard, Developmental Disabilities Centre, The University of Alberta**  
Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:138-48  
Mémoire, citation, 18:53-4  
Notes biographiques, 18:136-7
- Société**  
Choix, 29:32,38-9; 30:13  
Civilisée, 27:25-6  
Droits de la personne, individualiste, libertaire, définitions, effets, 27:53-4,58; 32:6-9,57-8  
Bien commun, collectivité, comparaison, effets, 28:6-8,13-4; 29:36-7  
Sociologue, aujourd'hui, 22:52; 27:5; 29:5  
*Voir aussi*  
Droits de la personne  
Euthanasie, acceptation, attitude, 20:75-6; 30:5-6; 32:23  
Choix, répercussions, 29:37-8; 31:6  
Directives préalables, 28:11; 32:43-4,56-7,60  
Définitions, 33R:15,47

**Saskatchewan—Cont'd**Committee report—*Cont'd*

Committee recommendations, 33R:ix-xi,50

Euthanasia and assisted suicide, legal decision, Battleford,

*Latimer, Tracy*, 18:141-2; 25:34,44; 26:22; 27:7,14;

28:20-1,28,32-3; 29:14,46-8; 31:25; 33R:A-31

Palliative care, 33R:A-100-2

**Saskatchewan Palliative Care Association**

Reference, 33R:A-100-1

**Sasseville, Teresa, Ottawa, Ontario**

Written submission, 33R:A-16

**Saunders, Cicely, St. Christopher's Hospice**

References, 6:54; 14:153; 24:17; 30:11,17-8; 32:55; 33R:17, A-121

**Saunders, Richard, Alberta Indian Health Care Commission**

Euthanasia and assisted suicide, study, 30:25

**Sawyer, Douglas, Canadian Medical Association**

Biographical notes, 25:4

Euthanasia and assisted suicide, study, 25:6-12,16-23,28-9, 31-2; 33R:42,A-23

**Scandiffo, June, Right to Life Association of Toronto**

Euthanasia and assisted suicide, study, 8:36-40,48,50-3; 33R:50

**Schafer, Arthur, Centre for Applied Ethics, University of Manitoba**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:120-30,132-6; 33R:12,28,30,44,66,69,83

**Schedule of Benefits: Physician Services under the Health Insurance Act***See under*

Ontario Health Insurance Plan

**Schilder, Arn, British Columbia Persons with AIDS Society**

Euthanasia and assisted suicide, study, 16:23-31,33-6; 33R:21

**Schultz, Izabela, Vancouver, British Columbia**

Written submission, 33R:A-16

**Scott, Charles, Council on Aging**

Euthanasia and assisted suicide, study, 32:66-8

**Scott, John F.**

Articles, 33R:A-22

*Cancer Pain: A Monograph on the Management of Cancer Pain*, Expert Advisory Committee on the Management of Severe Chronic Pain in Cancer Patients, report, 1984, 22:28**Scott, Margaret, Canadian Cancer Society**

Biographical notes, 6:47

Euthanasia and assisted suicide, study, 6:48-57; 33R:A-109

**Searles, Neil, Manitoba Association for Rights and Liberties**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:38-9,41

*Silence Doesn't Obliterate the Truth*, references, 17:25-6,28-30**Société—Suite**Euthanasie, acceptation, attitude—*Suite*

Éducation, 33R:25

Pétition, 27:25

Sondage d'opinion publique, 26:4; 32:50-1; 33R:1

Gouvernement, évolution, Canadien, 30:14-5

Libéralisation, termes de référence, 6:38-9

Média, rôle, interprétation, 28:28-9; 32:35; 33R:1

Paix et harmonie sociale, contribution de l'interdiction légale de l'homicide volontaire, meurtre délibéré, 15:97; 22:52

Pays, autres, 29:5

Pluralisme, effets, 30:20

Politiques sociales, 6:61-3; 27:21,47

Changement, évolution, 25:15; 26:4; 29:4-6

Rôle, responsabilités, valeurs fondamentales, 22:53-5; 23:20,

22,47; 24:4; 27:33,46-7; 28:23,28-9,34-5; 29:26-7,38-9;

30:13; 33R:1-2,19

Protection de l'espace, 22:52; 24:30-1; 25:12; 27:27; 29:33-4

Distorsion, 20:92; 32:23

Utopie, "communauté significative", soutien, 27:22-9,34,38-9; 32:29,56,59

Amour, 27:47

Compassion, 29:27,34; 32:11-3,59

**Société canadienne des médecins en soins palliatifs**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 22:22-42

**Société canadienne du cancer**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 6:47-57; 33R:A-10,A-28

Références, 5:9,28-9

**Société canadienne du SIDA (SCS)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:42-51; 33R:9,A-10, A-50-1

Information de base, 12:39-41

**Société d'entraide Ville-Marie**

Référence, 9:19

**Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec (SLAQ)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:24-7

*Voir aussi*

Sclérose latérale amyotrophique

**Société des obstétriciens et gynécologues du Canada**

Référence, 25:25

**Soeurs (Les) de la Charité de Montréal**

Mémoire présenté, 33R:A-17

**Soins à domicile***Voir sous*

Soins palliatifs

**Soins de longue durée**

Comité, rapport, 33R:A-92-3

Euthanasie

Comité d'éthique, étude des demandes, 13:11; 32:43-4

Politique, 13:4,11

Hospices, centres, 6:72; 7:18-9; 10:15-7,19; 12:60; 13:14; 14:104-5; 19:12; 31:12-3

Implantation dans les régions rurales, 18:31

Inquiétudes, effets, 27:40

Liberté, inquiétudes, 28:34



**Sedation***See under*Pain control and sedation practices, treatment - *Practices***Seguin, Marilynne, Dying with Dignity***A Gentle Death*, Toronto: Kew Porter Books, 1994, 7:35; 33R:A-19

Euthanasia and assisted suicide, study, 7:20-1,22-5,28-9,32-3, 35-45; 33R:65

**Semkiw, Elizabeth (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:149-51; 33R:A-10

**Senate***See under*Euthanasia - *Legalization - Parliament***Seniors**

Aboriginal peoples, 30:21-6

Abuse, vulnerability, apprehension, concerns, 6:49; 8:59; 14:68-9; 15:76,99,109,117-8; 18:51,129,139; 27:7,40; 29:32; 32:23,40,42,51-2,54-5,59,62-3,65-6

Euthanasia, 10:38; 22:38-9; 23:48; 27:16-7; 30:25

Age discrimination, 15:16

Assisted suicide, 25:49

Criminal Code, enforcement, 32:58-9

Legislation, proposals, safeguards, 32:58-61,65-6

Advance directives, 32:56-7,60; 33R:15,45

AIDS, patients, comparison, 12:33

Attitude, 18:81,129

Death, 8:57-9; 23:31-2; 27:40

Fear, 32:54

Netherlands, survey, 21:24-5; 30:11-2

Health care system, cuts, concerns, effects, 14:114; 23:5,12, 32; 32:54-5,59; 33R:8

Home care, 32:56

Medical technology, evolution, effects, 32:54-5

Palliative care, education, training, 32:55-6,60

Patient-physician relationship, 32:57

Quality of life, dignity, problems, 19:33; 27:7-8; 32:54-5,58

Rights and freedom, 32:57-8

Statistics, 32:38; 33R:8

Suicide, Criminal Code, 32:57-8

*See also*

Nursing home system

**Senn, John, Sunnybrook Health Science Centre**

Biographical notes, 9:4

Euthanasia and assisted suicide, study, 9:5-19; 33R:55

**Seravalli, Egilde***Wounded (The) Healer*, article in *Humane Medicine*, with Joseph Fashing, August, 1991, quotations, 7:8-10**Sigurdson, Tom (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 1E:119-23; 33R:64-5, A-10

**Silence Doesn't Obliterate the Truth**

Searles, Neil, brief, references, 17:25-6,28-30

**Simmonds, Anne L., United Church of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 27:30-47

**Soins de longue durée—Suite**

Mauvais traitements infligés par le système, 18:13,16-7,22-3

Opinion, commentaire, 22:9

Patients

Coûts, comparaison avec l'hôpital, 13:18

Nombre, 13:7

Survie moyenne, 13:16

Programmes, 6:72; 7:18-9; 10:15-7; 12:60; 19:12; 31:12-3

*Voir aussi sous*

Soins palliatifs

Public, sensibilisation, besoin, 10:12; 33R:25

Rôle, nécessité, 16:36-7; 18:15

"Salon d'adieu", explication, 13:13

Services, activités, 10:5

Signification, contexte, 10:15-6; 12:52

Windsor, Ontario, 10:6-7,13

*Voir aussi*

Hôpitaux

Personnes âgées

**Soins palliatifs**

Accès, disponibilité, 4:9,12,53; 5:17,30-1; 8:48; 11:27-8;

12:33,53,54,56; 13:10; 14:30-1,107,155; 15:68-9,102;

16:43-4; 17:12,28,32,43,47,66,87,116; 18:42-3; 19:14,16;

22:35; 23:7,14,27-9,38-9; 24:28-9; 25:23-5; 27:33; 28:33;

29:4-6; 30:16; 33R:19,24,A-87-90

Besoin, 25:29-30

Développement, coûts, obstacles, 4:14-5; 14:106-7; 15:142-3;

30:18-9

Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25

Maladies, difficultés, 33R:19,24-5

Obstacles, petites localités rurales et urbaines, difficultés,

16:42; 18:31; 19:19; 23:30-6; 29:10

Personnes en phase terminale, 23:21

Sclérose latérale amyotrophique, 32:36

Statistiques, 25:21; 26:8; 27:31

Clarification, définitions, 25:22; 29:7-8

Données claires, problèmes, 29:8-12

Régions rurales, 28:30

Alternative, efficacité, 15:28,31-2,85,93-4,99,102-3,142-3,

148-9; 16:17-8,20-1,37,43-4,49; 17:14,42,66,75,116; 18:

5-6,9-10,12,26,33,42,67,82; 19:22,35; 20:36-7; 29:23-4,

34; 31:12-3

Aperçu général, but, objectifs, 3:21-2; 4:11-2,47-8,57-8;

7:14-5,34-6; 8:47-8; 10:14-5,43-4; 12:49-50,56-8; 14:85-6;

15:149; 17:31-2,34; 19:10-1; 21:28; 23:16; 24:26; 24:9,

25-6,28-30, 26:7; 27:13; 28:25,32; 31:11,29

Association des hôpitaux du Canada, énoncé de politique, 19:19, 23-4

Autres pays, comparaison, 26:8

Bénévoles, rôle, importance, 16:36-7; 17:67; 32:12; 33R:24

Éducation, formation, 14:149,156-7; 17:54; 23:32

Soins à domicile, 20:51-2; 23:32

Comité, rapport, 33R:17-25

Bibliographie, 33R:A-19-25

Chronologie, 33R:A-28

Définition, 33R:18,A-85-6

Modalités suggérées, 33R:A-49-59

Opinions des témoins, 33R:18-23

Recommandations, 33R:ix-xi,25

Soins palliatifs au Canada, 33R:A-85-112

*Voir aussi**De la vie et de la mort*



- Simpson, Allan, Council of Canadians With Disabilities**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:94-6,102-3,105-6
- Singer, Peter A.**  
*Canadian Family Physician*, 33R:A-21  
*Canadian Medical Association Journal*, 7:5-7; 33R:A-21-2  
*Journal of American Geriatrics Society*, 33R:A-22  
*Journal of General Internal Medicine*, 33R:A-22
- Sisters of Charity of the Immaculate Conception**  
Written submission, 33R:A-16
- Sisters of Providence Continuing Care Centre**  
Written submission, 33R:A-16
- Sisters of St. Martha**  
Written submission, 33R:A-16
- SLA**  
*See*  
Amyotrophic Lateral Sclerosis
- SLAQ**  
*See*  
Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec
- Smith, Julianna, Mississauga, Ontario**  
Written submission, 33R:A-16
- Soeurs (Les) de la Charité de Montréal**  
Written submission, 33R:A-17
- Smordin, Marcie (Personal presentation)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 16:78-9; 33R:A-10
- Sneiderman, Barney, Faculty of Law, University of Manitoba**  
Biographical notes, 6:57  
Euthanasia and assisted suicide, study, 6:57-72; 33R:8,A-23  
*Rodriguez (The) Case: Where Do We Go From Here - a Multi-Dimensional Approach*, March, 1994, 6:58; 33R:A-25
- Sobsey, Richard, Developmental Disabilities Centre, The University of Alberta**  
Biographical notes, 18:136-7  
Euthanasia and assisted suicide, study, 18:138-48  
Reference, quotation, 18:53-4
- Social workers**  
Euthanasia and assisted suicide, concerns, role, 14:94-6, 103-4,108; 32:41  
Palliative care, role, 4:29-30  
Professions, values, 4:26
- Société d'entraide Ville-Marie**  
Reference, 9:19
- Société de la sclérose latérale amyotrophique du Québec (SLAQ)**  
Euthanasia and assisted suicide, study, 32:24-7  
*See also*  
Amyotrophic Lateral Sclerosis
- Society**  
Choices, 29:32,38-9  
Civilized, 27:25-6
- Soins palliatifs—Suite**  
Compétences, gouvernements fédéral-provinciaux, 16:45; 17:57-8; 22:33; 25:30-1; 29:11; 31:24,29-30; 33R:24, A-90-1  
Rural, urbain, milieu, 29:10  
Conditions socio-économiques, répercussions, 16:50,52; 23:32  
Coûts, 8:20,45; 9:31,44; 10:14-5; 12:26-7; 15:37-8,94,142-5; 16:45-7; 17:43,49,78,119; 18:31-2; 19:28; 33R:A-95-6  
Hôpitaux, financement, difficultés, 9:38; 19:19  
Critiques, 20:57  
Croissance et développement, encouragement, 15:61,65,67,73, 142-3; 16:17-8,20,37,43; 17:13,43,48; 18:36,41-2,46,50, 62,111; 19:6-7,22,25; 20:36; 25:29-30; 32:13  
Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25  
Définitions, objectifs, 2:34,36; 3:6,7-8,21; 4:6; 12:52,57; 15:61,77-8,86; 17:35,42; 18:63,70; 19:10; 20:48; 26:8,16; 27:41; 28:17,29-32; 29:6,11-2; 32:17-8; 33R:A-85-6  
Bureau du coronar en chef de l'Ontario, 20:6-7,19-20  
Comité, 33R:17-24,A-85-6  
Dudgeon, Deborah, déclaration, citation, 18:42  
Euthanasie directe, 20:85-7  
Euthanasie indirecte, 18:122; 20:85  
Humanisation, 24:7  
Manque, effets, 29:13  
Organisation mondiale de la santé, 5:30; 33R:18  
Santé, ministère, lignes directrices sur les services, citation, références, 4:52,65; 12:52  
Terminologie, clarification, manque, 29:10,13-4; 33R:15  
Éducation, formation, 17:54; 20:46; 22:39; 23:39; 25:24; 27:21-2; 33R:20-1,25,A-96-7  
Accroissement, besoin, 15:67,73,146-7; 16:39; 17:43,48,64, 66; 20:37,43-4,46-7; 22:31; 23:6,14-5,30; 25:24; 27:31, 45; 28:19,30-2; 29:11; 32:16,56,60  
Autres pays, 22:22  
Écoles, propositions, 22:22-42  
Centre d'enseignement, 13:22; 22:34-5  
Facultés de médecine, enseignement, 11:15; 29:11  
Financement, 22:25,37; 23:10-2,21; 25:24,27; 33R:19  
Lettres, citations, 22:27  
Médecins et infirmières, 15:18,67-8,143-4,146-7; 16:18-9; 17:6,53-5,76,87; 18:42; 19:14; 20:46; 22:39; 29:6; 33R:2, 32-3  
Compétence, critères, 15:143  
Formation, 16:18-9; 22:34-5; 23:14-5,39  
Interaction et communication entre, importance, 22:42; 23:33-4  
Sondages, 22:25-6; 25:11-3  
Spécialité, 22:40; 27:21  
Provinces, 4:62,64-5; 5:38; 7:19; 14:31,149,156-7; 17:54-5, 66-7,75-6; 22:34-5; 29:10  
*Voir aussi plus bas*  
Public  
Enfants, 5:14-5; 17:71-7; 31:31-2  
Euthanasie, 24:4-20  
Abus, inquiétudes, 28:25; 31:13; 32:40,42,54-5,59,65  
Comparaison, distinction, 11:17-9  
Différence, 3:17  
Légalisation  
Besoin, 20:60-1; 25:29  
Impact, 18:37,42-3; 20:24  
*Voir aussi plus bas*  
Hospices, services

**Society—Cont'd**

- Euthanasia, acceptance, attitudes, effects, 20:75-6  
 Advance directives, impact, 28:11; 32:43-4,56-7,60; 33R:15, 45,47-50  
 Committee recommendations, 33R:ix-xi,50  
 Choices, repercussions, 29:37-8; 31:6; 32:23  
 Education, 33R:24  
 Petition, 27:25  
 Public opinion polls, 26:4; 33R:1  
 Government, evolution, Canadians, 30:14-5  
 Media, role, interpretation, 28:28-9; 33R:1  
 Peace and harmony, contribution made by the legal prohibition against intentional killing, murder, 15:97; 22:52  
 Pluralistic, effects, 30:20  
 Rights, individual, libertarian, definitions, effects, 27:53-4,58; 29:39; 32:6-9,57-8; 33R:1  
 Common good, comparison, collective, effects, 28:6-8,13-4; 29:36-7  
 Sociologist, today, 22:52; 27:5  
*See also*  
 Human rights  
 Role, responsibilities, basic values, 22:53-5; 23:20,22,47; 24:4; 27:33,46-7; 28:23,28-9,34-5; 29:26-7,38-9; 30:13; 33R:1-2  
 Protection of species, 22:52; 24:30-1; 25:12; 27:27; 29:33-4  
 Distortion, 20:92; 32:23  
 Social policies, 6:61-3; 27:21,47  
 Changes, evolution, 1:44-5; 6:41; 25:15; 26:4; 33R:12  
 Utopia, "significant, caring community", support, 27:22-9,34, 38-9; 32:29,56,59  
 Compassion, 29:27,34; 32:11-3  
 Love, 27:47  
*See also*  
 Death - Society

**Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada**

Reference, 25:25

**Socio-economic conditions**

*See*  
 Poverty

**Sommerville, Margaret, Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University**

Euthanasia and assisted suicide, study, 6:4-27; 33R:12,44  
*Journal of Contemporary Health and Law Policy*, "The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia", 18:45-6,49; 33R:A-23  
 Reference, 27:6

**Song (The) of Death: The Lyrics of Euthanasia**

Sommerville, Margaret, *Journal of Contemporary Health and Law Policy*, 18:45-6,49; 33R:A-23

**Sopinka, Hon. John, Supreme Court of Canada**

References, 29:38; 33R:27,38,52

**Soul**

*See under*  
 Religions

**Spain**

Euthanasia, other countries, comparison, 21:31

**Soins palliatifs—Suite**

- Famille et amis, implication, bénéfices, 15:134-5,140-2; 17: 50-1,61-4; 18:42,76; 19:13; 23:33; 32:17; 33R:18-9  
 Soutien, 18:75; 19:12; 27:44; 32:59  
 Financement, 17:43,48-9,75; 19:22,28; 30:18-9; 33R:19, A-93-4  
 Investissement, 29:32  
 Précaire, 24:5  
 Redirection, 23:10-1  
 Futur, 10:19-20  
 Garanties, 27:11  
 Historique, 5:29-30  
 Hôpitaux et institutions, 15:102  
 Comités d'éthique, propositions, 32:43-4  
 Méfiance et crainte, inquiétudes, 28:33-4; 32:17-8  
 Façons de vaincre, 18:73-4  
 Régime du système de santé, restructuration, 17:56-7,68-9; 32:54-5  
 Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25  
 Soins de courte durée et établissements de soins communautaires, 19:23-4  
 Activités, rôle, 20:48-50  
 Intention, 2:23  
*Journal of Palliative Care*  
 Articles, 33R:A-20-3  
 "Palliative Care and Euthanasia: A Continuum of Care?", Russel D. Ogden, 14:76-7; 15:29; 33R:A-22  
 Lignes directrices et politiques, normes, élaboration, 4:52,65-6; 32:63; 33R:A-91  
 Advanced Cardiac Life Support, 25:27  
 Advanced Trauma Life Support, 25:27  
 Manque, besoin, 20:60-1,63; 25:22-5,29-30; 26:15-6,24-5; 29:14; 31:29-30; 32:42,58-60  
*Voir aussi plus bas*  
 "Ne pas réanimer" et réanimation cardiorespiratoire  
*Voir aussi plus haut*  
 Comité, rapport  
 Maintien en vie, nécessité de respecter la dignité de l'individu, 15:36-7; 18:71-2; 30:18; 32:7-9,18,41,51-2; 33R:19  
 Médecine, rôle, 15:68; 16:21-2; 18:41; 19:32  
 Médias, attitude, effets, 18:70-1; 28:28-9,30-1  
 Multidisciplinaire, médecine globale, équipe de soins, 4:65; 13:8, 14; 14:100-1; 17:120; 23:23,33; 24:4-6,10-2; 27:43; 28:18; 29:8  
 Mythes, 4:6-7  
 "Ne pas réanimer", 20:20,24; 23:25; 33R:39-40,44,47  
 Application, critères, 19:19-20  
 Lignes directrices, évolution, 20:39-40; 32:42  
 Politiques et pratiques des établissements, lignes directrices générales, énoncés communs, 19:19-20,23-5,29-30; 26:24; 32:42,58-60  
*Voir aussi plus haut*  
 Lignes directrices et politiques, normes  
 Okanagan, vallée, programme de soins, 15:17-8  
 Ouest canadien, accès, collaboration des Églises et hôpitaux, 15:102  
 Pastorale, services, rôle, 24:20-33  
 Influence, 15:102-3; 18:114-5  
 Maintien ou rétablissement, recommandation, 18:113-5  
 Patients  
 Besoins physiques, médicaux, sociaux et spirituels, attention, 15:64-5,72-3,133-5; 16:40-2; 17:6,13,49,62-3,70,116-7, 120; 18:42; 19:10,16; 28:28; 29:5



**Spirituality***See under*

Religions

Terminally ill persons

**Spitzer, Robert, Ethicist**

References, 14:148,152

**Stewart, Alan, AIDS Committee of Toronto**

Biographical notes, 12:29

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:30-38

**Stjernsward, Jan, Cancer and Palliative Care Unit, World Health Organization**

References, 4:53; 22:26

**Stoney Creek, Ontario***See under*

Ontario - Euthanasia - Legal decisions

**Strathaven Baptist Church**

Written submission, 33R:A-17

**Struthers, Fay, Canadian Palliative Care Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 5:5-8,10

**Sue Rodriguez, case***See*

Rodriguez, Sue, case

**Suicide**

Assisted suicide, difference between, 15:13-5,150; 29:20; 33R:14

Aboriginal peoples, 30:20-1

Aboriginal peoples, youth, concerns, 30:20-4,27

Books, legal issue, 1:34-5

Cases, attempt, personal experience, 15:113-4; 28:32-3

Jutras, Claude, Alzheimer's, 25:46

Definitions, 15:101-2; 22:12,45

Clarification, vocabulary, need, 29:20; 33R:14

Rational suicide, relevance, 2:35; 22:7,12; 24:18

Depression, relationship, 8:61-2; 22:6; 24:27-8; 27:14,49; 28:20; 29:21-2; 32:59

Documents, 25:17

Relationship, 8:61-2; 24:27-8; 27:14

*See also below*

Mental state

Disabled and handicapped people, problem, prevention programs, support, 18:140; 28:33,36-6; 32:29

Ethical point of view, 14:133; 28:34

Family, effect, 14:26,34,116; 15:140-1

Mourning, guilt, 32:33-4

Hemingway, Ernest, explanation, 8:49

Homicide, difference between, 6:7,15-6

Murder-suicide, 28:28

Human rights and freedoms, power of state to interfere, 18:76-8; 27:5; 32:7,57-8; 33R:1

Legalization, 7:26; 14:37; 15:14,114,137; 18:110,140; 20:57; 22:7; 25:47-8

Abuse, 30:26

Decision, independent body of individual, "executioner", 18:57

**Soins palliatifs—Suite****Patients—Suite**

Demandes d'euthanasie, raisons, explication, 3:23; 4:12-3; 8:34,57; 9:18; 14:148,152-3,158-9; 15:141-3,148-9; 16:77-8; 17:11-3,46-7,120; 18:6-7; 32:18

Désespoir, aide, 15:142; 16:77-8

Dignité, respect, 18:71

Domaine réservé, recommandation à un autre médecin, 17:76

Droit de refuser ou d'interrompre un traitement, raisons, 15:25, 72,80-1,101; 17:47,70-1,116-8; 18:13-6,35,51-2,110, 116-8,122,129-32; 19:5,27; 20:36; 32:29-30; 33R:1

Formulaire de consentement, proposition, 17:117-8; 32:45,60, 65-8

Liberté personnelle, empiètement, 15:72-3; 16:20; 28:33-4

Optimisme, 17:76-7

Options, droits, connaissance, 17:17,51-3,66,70-1,117-8; 20:83; 27:5; 32:6-9,41-2

**Patients**

Refus des soins palliatifs, raisons, 25:45-6; 28:33; 33R:6-7,15

**Relations, effets**

Médecins de famille, 15:26-7,72-4; 17:6

Couper les liens, effets, 22:41-2

Patient-médecin, 22:42; 27:15-6; 32:10,21-2,57; 33R:7-8

Thérapeutes, nouvelle approche, 19:33

Rôle actif dans le traitement, avantages, 17:52-3

Soins reçus, qualité, 18:30

Traitement extraordinaire ou disproportionné, 18:40; 32:29-30

*Voir aussi plus haut*

Hospices, services - Patients

Personnes âgées, population, vieillissement, qualité de vie, effets, 19:33; 23:31-3; 27:7-8; 32:23,51-2,55-6,58

Statistiques, 32:38

Philosophie, milieu, 13:5-6; 28:18-20

**Positions**

En faveur, 28:16

Éthique, 2:24

Principes, 13:8

Procédures de rationnement, 20:67

Professions de la santé et paramédicales, coordination, 10:13; 17:67

**Programmes**

Financement et reconnaissance, 19:22,28

Mécontentement, 17:79-80

Normes d'évaluation et d'accréditation, 17:55-6

Autres pays, comparaison, 26:15-6

Lignes directrices, 25:25

Projet pilote, succès, 20:52-3

Soins extra-muros, 23:13; 28:32

*Voir aussi plus bas*

Soins à domicile

Public, attitude, information, éducation, 16:39-40,43-5,50-2; 17:82; 20:51,58; 23:30,35-6; 28:31-2; 29:7; 32:17,56,60; 33R:2,25

*Voir aussi plus haut*

Éducation

Qualité, 18:67-8,124-5; 26:7-8; 28:29-30

Différences, 28:25

Efficacité, effets, 23:6-7

Perception, 27:7-8

Recherches, 23:37; 29:7-10,14; 30:24

Difficultés, encouragement, collaboration, 17:22-4,43; 22:37;

Financement, activités, 30:18

Information, besoin, 25:30-1

Données claires, problèmes, 28:10



**Suicide—Cont'd****Legalization—Cont'd**

- Right or freedom to commit suicide, 7:25-7; 8:49-51,53-4, 67-8,70-2; 14:132-4; 15:70-2,105,138-9; 17:26,60; 18:34,59,77-8; 28:33-4,36; 32:63-4; 33R:1
- Decriminalization, abrogation, 17:29; 24:27; 29:49; 31:18; 32:7,57-9; 33R:A-27
- Legal status and differences, 6:18-20; 15:51-5,61-2,70-1, 103,106-8; 17:36-9; 18:76; 22:51
- Philosophical basis, 12:66-8; 15:34-5; 22:51

**Media, role, interpretation, 28:28-9****Mental state, relationship, 8:43,45,61-2; 14:37; 15:109-10; 16:77; 27:48-9****Competence, 15:52; 18:24****Illness, statistics, 15:117****See also above****Depression****Other countries, authorization, 16:59****Points of view, 14:133; 20:56; 28:34****Prevention**

- Liability of charges being laid, court decisions, 15:49-50,52
- Methods, effectiveness, support, 15:138; 28:36-7; 32:29,56, 59
- Possibility of assault charges, cases, 15:50
- Programs, 18:140; 23:6-7

**Services, anonymity, lack of follow-up, 15:33-4****Telephone calls received, nature, 15:24-9,33-6****Research, documents, 25:17; 29:8-9****Seniors, increase, causes, 15:118; 27:7; 32:23****Statistics, attempts, completions, 2:33; 15:109; 25:17****See also****AIDS patients****Assisted suicide****Sunnybrook Health Science Centre****Euthanasia and assisted suicide, study, 9:5-19; 33R:55,A-10****Supreme Court of Canada**

- Decisions, interpretation, euthanasia and assisted suicide, 18:118,131; 19:44-5,53; 21:53,63-4; 22:52-3; 24:28,31; 25:28,33; 27:26-7,47,50-1; 29:35-6; 31:15,22; 33R:4,27, 38-9,52-3
- Criminal Code, section 241, definitions, 25:41-2; 26:7; 32:30; 33R:1,5,51-2
- Chronology, 33R:A-31

**See also****Euthanasia - Legal decisions****Supreme Court of Nova Scotia*****Her Majesty the Queen against Cheryl Mae Myers and Michael William Power*, 33R:A-77-9****Sutherland, Ralph W.*****Health Care in Canada: a Description and Analysis of Canadian Health Services*, Jane M. Fulton, Ottawa, The Health Group, 1988, 28:19; 33R:A-23****Sutorius, Eugene, Solicitor, Royal Dutch Medical Association, Netherlands****Euthanasia and assisted suicide, study, 21:39-47,52-3,55,57-8, 60-2,65,72; 33R:A-12,A-123-4,A-129-30,A-132-3****Soins palliatifs—Suite****Recherches—Suite****Pharmaceutiques et soins palliatifs, 15:65; 17:82****Avancement, 22:37-8****Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25****Recommandations, 22:29-30; 23:16****Régime du système de santé, compressions, effets, 15:125-6; 17:63-4; 19:28; 32:54-5; 33R:A-90-3****Crise, 33R:A-94-5****Patients, coûts, médicaments, couverture, problèmes, 17:70; 23:38; 30:25****Réforme, nature, 17:66-7****Restructuration, 17:56-7,68-9; 23:29****Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25****Système à un seul palier, efficacité, 17:68-9****Rôle, limites, opinion, 2:16; 4:47-8; 6:34-5,51; 8:12-3,30; 10:43-4; 15:61,90-1,93-4,148-9; 16:20-1,32; 17:42-3; 18:82; 20:24,57; 24:4-33; 29:7,22-3****Services****Essentiels, définition, 19:28****Externes, coûts, efficacité, 20:53-4****Institutionnels et communautaires, maintien et mise en valeur, 18:68; 33R:17****Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25****Soignants, rôle, 3:4****Soins à domicile, services, effets, 4:21; 6:72; 7:18-9; 9:8-9; 13:14; 14:104-5; 17:53-4; 23:22; 24:19; 32:17,56;****33R:6-7,22****Accès, 23:30****Amélioration, 19:6-7,10-2; 22:35****Admission et congé, rôle du médecin, 20:52****Avantages, 20:49,66****Bénévoles, rôle, importance, 20:51-2; 23:32; 31:13; 33R:24****Célibataires, difficultés, 9:41-2,43-4****Centre local de services communautaires, Québec, 32:35-7****Coûts, efficacité, 15:144-5; 16:45-7; 18:26,31; 20:49-50; 23:31; 26:20****Douleurs, contrôle, médicament, réduction, 26:20; 32:60-1****Éducation, formation, 22:23-4,34-5; 32:56,60****Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick, services, 20:48-54; 23:13-4,38; 28:32****Hôpitaux, collaboration, 20:49****Manitoba, situation, 17:53-4****Mourir à la maison, 24:19****Pharmacien, prescription au patient, 23:25-6****Recommandation du Comité, 33R:ix-xi,25****Restrictions et règlements, 16:47****Stress familial, 20:49-50****Système d'équipe, 9:23-4; 15:123-5; 19:11-3; 20:50,52; 23:33****Solidarité familiale, importance, 9:30; 15:126; 20:49-50;****33R:18-9****Travail multidisciplinaire, 27:43****Voir aussi sous****Soins de longue durée****Soins intensifs, comparaison, 20:86****Soins médicaux volontaires, toutes les formes offertes, légalité, recommandation de la Commission de la réforme du droit de 1987, 16:11-2****Traitements médicaux, interruption, 33R:15****Alzheimer, circonstances, 18:51-2; 21:17-8; 23:48; 32:44,48****Ambiguïtés juridiques, nécessité de dissiper, suggestions, 20:****37-8,42,44,61-2**

**Sweden**

- Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-169-72  
Other countries, comparison, 21:31

**Switzerland**

- Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-172-3  
Other countries, comparison, 21:31-2

**Taylor, Charles**

- Malaise (The) of Modernity*, 1991, 22:53

**Terminally ill persons**

- Care, 9:30-1  
Death, theological perspective, 18:111; 32:50  
*See also*  
Death  
Declaring, identifying, 18:39  
Definitions, overview, 10:36; 26:16  
Depression, 17:7-8; 27:49; 28:8; 29:22; 32:59  
End stage, 8:18; 17:78-9  
"Terminal illness", 6:70  
Terminology, 33R:11-5  
Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment, 19:7-8; 26:6-7; 32:29-30; 33R:1,14,37-8  
Guidelines, proposal, 27:35-7  
Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58  
*See also below*  
Treatment  
Depression, 8:54; 17:12-3; 24:10  
*American Journal of Psychiatry*, study by Chochinov, April 1994, 17:7-8,15,19-20,23-4  
Antidepressants, 23:40-1  
Consumption, percentage, 17:8,11,14-5  
Decision to die, influence, 17:11-3; 27:14,48-9; 28:8,20; 32:59  
Suffering, 27:52; 28:28-9; 29:22; 31:8; 32:41,55  
Medical profession, attitude, 17:15  
Neurological reasons, 20:67; 24:10  
Recognition, diagnosis, treatment, 2:42; 4:20,54; 6:11-2; 14:26,40-1; 17:8,13-5,18,24; 21:17  
Research, difficulties, 6:12-3; 17:11-5,17,24; 20:40-1  
Education, training, initiatives, 4:62,64-5; 5:38; 32:56,60; 33R:2,20-1,24,30  
Families, 31:61  
Follow up programs, 27:43  
Hardships, difficulties, 7:30; 17:61  
Guilt, causes, 8:29  
Involvement, 3:16; 4:27; 15:127-8; 18:23; 32:17  
Needs, 4:5-6,13,27; 15:104-5,119; 24:12; 32:17,67-8; 33R:18-9  
Support services, 30:25  
*See also below*  
Medical treatments - Family  
Medical treatments  
Aggressive and therapeutic harassment, 15:101; 17:85; 24:8; 29:38  
*See also*  
Medical treatments  
Conflicting values, 18:62; 32:29-30  
Family, 24:12  
Medical profession, disagreement, 4:13,38; 19:30-1  
Patients, differences, 14:46  
Support, 33R:18-9  
Undue influence, concerns, 6:40-1; 32:45,65-6

**Soins palliatifs—Suite****Traitements médicaux, interruption—Suite**

- Colombie-Britannique, poursuites, lignes directrices, 20:59-60, 63-4; 33R:A-60-4  
Décision  
Analyse éthique, intégration, 20:36  
Données scientifiques, recherche, nécessité, 20:37,40-2  
Mécanismes de contrôle, 20:36-7,60  
Responsabilité, 15:81,103,140; 17:12,83; 18:37,51-2; 19:23,29-31; 20:19-20; 26:13-4  
Dépression, effets, 21:17; 28:21; 32:59  
Directive préalable, 20:36-7,55,57; 32:63  
Définitions, 33R:15,47  
Équipes de soins de santé, besoin de communication, 15:123-6,128; 19:22-3,30-1  
Importance, 24:4  
Malades incapables, options, 20:57; 28:20; 32:66-8; 33R:14, 43,47  
Modifications proposées au Code criminel, besoin, 15:39-42; 19:36,38-9,47; 20:57,60-1  
Opinion, 32:40,61-2  
Nourrissons et enfants handicapés, décision, 20:29-30; 28:27; 31:31-2  
Travailleurs sociaux, rôle, 4:29-31  
Utilisation, proposition, 15:31-3  
Sous-utilisés, sous-développés, 29:37  
Végétatif persistant, état, problèmes, 20:70; 27:37; 33R:4  
*Voir aussi*  
Douleur, contrôle, traitement  
Hôpitaux  
Pays-Bas  
Provinces  
Sidéens, patients  
Traitements médicaux

**Sommerville, Margaret, Centre de médecine, d'éthique et de droit,****McGill University**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 6:4-27; 33R:12-3,46  
*Journal of Contemporary Health and Law Policy*, "The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia", 18:45-6,49; 33R:A-23  
Référence, 27:6

**Song (The) of Death: The Lyrics of Euthanasia**

- Sommerville, Margaret, *Journal of Contemporary Health and Law Policy*, 18:45-6,49; 33R:A-23

**Sopinka, honorable John, Cour suprême du Canada**

- Références, 29:38; 33R:29,40,54

**Spiritualité****Voir sous**

- Personnes en phase terminale - Patients  
Religion

**Spitzer, Robert, éthicien**

- Références, 14:148,152

**Stewart, Alan, Aids Committee of Toronto**

- Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:30-38  
Notes biographiques, 12:29

**Stjernsward, Jan, Service de cancérologie et de soins palliatifs,**

- Organisation mondiale de la santé  
Références, 4:53; 22:26



**Terminally ill persons—Cont'd****Medical treatments—Cont'd****Family—Cont'd***See also above***Families**

Futile treatment, definitions, no obligation to provide, subjectivity, difficulties, 18:45-6,49-50; 19:11,36; 20:66-7; 24:10-1; 25:6-8; 32:29-30; 33R:15,37,41-3,45

Life sustaining treatment, 20:56; 25:8; 32:14,29-30

Management of patients, unsatisfaction, 18:20; 24:17

Medical options, legality, 14:10-1

Nutrition and hydration, blood transfusion, 8:6-7,17-8; 9:29; 19:11; 27:40; 33R:1,37,42,45,52,A-28

Refusal of treatment, competent patient, no ambiguity and controversy, 25:8; 32:29-30,41,66-8; 33R:1,14,41,45

Ambiguities, 25:6-8; 32:14

Criminal Code, fears of prosecution, ambiguity, 19:6-7,14-6, 36,38-9; 32:61-2

*See also***Criminal Code**

Decision-making, team decision, discussion with family, patient and doctor, 15:84-5,87; 18:39; 19:29-31; 23:41-2; 31:6; 32:57,66-8

Definitions, 33R:14

Guidelines, proposals, 27:35-7; 32:42

American Thoracic Society, 9:35

Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58

Judicial cases, current law, 19:22-3,42; 20:56

Nurses, role, consultation, 19:17

Regulatory regime, proposal by Quill, 20:60-2,65

Without consent, reactions, 19:14-5; 32:45

Withholding or withdrawing, 19:14-6; 27:39-40; 28:9-10,12; 32:14

**Medication, administering, 32:46**

Analgesics, protocols for the administration, monitoring, 17:20-1

Quality assurance committee, 15:129-30

**Methods, solutions, 12:51****Overview, 25:47****Patients, requests, 7:36-8; 8:70-1; 32:46**

Ambivalence, denial, 2:41

Desire for death, 24:17

Mood swings, examples, 4:62-3

Rights and responsibilities, 5:16; 7:18; 12:14-5; 27:5; 31:7-8; 32:57-8; 33R:1,7-8

Recommendations of Yvon Bureau, 4:35-6; 33R:A-53-4

Self-determination, autonomy, 31:7-8; 33R:7-8

Forms, 8:30-1

Hospitals, changes, 4:42-3; 33R:7-8

Justice, meaning, 4:16-8

Knowledge, lack, 4:40

Law, recognition, changes, 15:84; 19:25-8

Place of death, influence, 20:56; 33R:6-7

Rights to choose time and manner of death, 6:24-5; 7:39;

14:19-20,33-5; 15:72-3,83-8,123; 17:60-1; 18:6-7;

19:35; 20:24,69; 24:14; 32:46,57-8; 33R:6-8,12

Courts, Canada, United States, 6:17; 25:27

Die, 12:68-9; 15:84,86-7; 18:12-8,20-1; 20:24; 32:57-8

Ethical and legal propriety, 20:56

Guidelines, proposal, 27:35-7; 32:42

Suggested Procedural Guidelines, report, 33R:A-49-58

Health care system, facilities and agencies, policies and procedures, 19:18-20

**Stoney Creek, Ontario***Voir sous*

Ontario - Euthanasie - Décisions judiciaires

**Strathaven Baptist Church**

Mémoire présenté, 33R:A-17

**Struthers, Fay, Association canadienne des soins palliatifs**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 5:5-8,10

**Sue Rodriguez, affaire***Voir*

Rodriguez, Sue, affaire

**Suède**

Euthanasie et aide au suicide, 33R:A-174-7

Autres pays, comparaison, 21:31

**Suicide**

Aide au suicide, différence entre, 15:13-5,150; 29:20; 33R:15

Autochtones, jeunes, préoccupations, 30:20-4,27

Définitions, 15:101-2; 22:12,45

Clarification, vocabulaire, besoin, 29:20

Suicide rationnel, pertinence, 2:35; 22:7,12; 24:18

Dépression, 22:6; 27:49; 28:20; 29:21-2; 32:59

Documents, 25:17

Relation, 8:61-2; 24:27-8; 27:14

*Voir aussi plus bas*

État mental

État mental, relation, 8:43,45,61-2; 14:37; 15:109-10; 16:77; 27:48-9

Maladie mentale, relation, statistiques, 15:117

*Voir aussi plus haut*

Dépression

Éthique, sens, 14:133; 28:34

Exemples, tentative, expérience personnelle, 15:113-4; 28:32-3

Alzheimer, Claude Jutras, 25:46

Familles, répercussions, 14:26,34,116; 15:140-1

Deuil, culpabilité, différences, comparaison, 32:33-4

Handicapés et invalides, problème, prévention, programmes,

soutien, 18:140; 28:33,36-7; 32:29

Hemingway, Ernest, explication, 8:49

Homicide, différence entre, 6:7,15-6

Meurtre suicide, 28:28

Légalisation, 7:26; 14:37; 15:14,114,137; 18:110,140; 20:57; 22:7; 25:47-8

Droit ou liberté de se suicider, 8:49-51,53-4,67-8,70-2;

15:105,138-9; 17:26,60; 18:34,77-8; 28:33-4,36

Base philosophique, 12:66-8; 15:34-5; 22:51

Décriminalisation, abrogation, 17:29; 24:27; 29:49; 31:18;

32:7,57-9; 33R:A-27

Distinction et statut juridique, 6:18-20; 15:51-5,61-2,70-1, 103,106-8; 17:36-9; 18:76

Droits et libertés de la personne, pouvoir de l'État d'influer, 18:76-8; 27:5; 32:7,57-8

Jeunes, idées fausses, 30:24; 32:23

Livres, question de droit, 1:34-5

Médias, rôle, 28:28-9; 32:35

Pays où autorisé, 16:59

Personnes âgées, augmentation, causes, 15:118; 32:23

Point de vue, 14:133



**Terminally ill persons—Cont'd**

## Patients, requests—Cont'd

## Self-determination, autonomy—Cont'd

## Rights to choose time and manner of death—Cont'd

Informed consent, 20:54-5; 32:41,45,60; 33R:1

Definitions, 33R:13-5

*Nancy B. case*, effects, 4:44; 7:12; 18:55; 19:15-6; 25:6;  
27:56; 28:20,29,35-7; 29:12; 31:17,27,36; 32:14,28-9;  
33R:1,40,A-29,A-72-3

Refuse or withdraw treatment, 4:12,19; 5:16; 6:11-2; 7:18;  
36,39; 8:11; 9:5,8; 10:40,41,43; 14:19-20,39-40;  
15:101; 18:21,37,40,45-6,116-7; 19:5,29-30; 20:55;  
32:14,41,57-8; 33R:1,7-8

Vatican Declaration, 7:39

Spiritual needs, 5:40-2; 27:33; 32:10-1,32

## Suffering, effects

Concept, aspects, 19:33; 27:7; 32:10-1,50-1,55

Judgement interference, 27:52

Loneliness, mental anguish, 12:57,77; 14:38; 17:81;  
24:17-9; 27:33-4; 28:15

Isolation, 12:53-6; 25:44-5

Perceptions, differences, 2:16; 4:13-4,58; 12:79-80; 17:11

Sigurdson, Cynthia, example, 15:119-23

Society, effects, concerns, 4:54-5,58-9; 32:23; 33R:2

Quality of life, 17:17; 19:35

Research, scientific data, lack, 20:40-2; 25:15-7

Prevalence, study, 17:8-12,15,17

Resources, redirecting, 17:79

Third party decisions, concerns, 2:19-20; 4:28; 23:17

*See also under*

Palliative care

**Theckedath, George, Ottawa, Ontario**

Written submission, 33R:A-17

**There Is A Time To Die**

Oldham, John, submission to Committee, 18:11-2

**Thomas, David, Ontario Office of the Crown Attorney**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:40-54; 33R:78

**Thomas, Dylan, author**

Reference, 32:52

**Thomas, Zach, Saskatchewan Palliative Care Association**

Reference, 33R:A-100

**Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**

Background information, 12:6

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:5,7-29; 33R:55,63,  
A-10

**Thompson, Yoseph, Lubavitch Organization for Jewish Development**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:41-59; 33R:81

**Thomson, George***Foreseeable (The) Future*, reference, 6:33**Timmins, Ontario***See under*

Ontario - Euthanasia - Legal decisions

**Suicide—Suite**

## Prévention

Moyens, efficacité, soutien, 15:138; 28:36-7; 32:29,56,59

Possibilité de poursuites devant les tribunaux, jurisprudence, 15:49-50,52

Programmes, 18:140; 23:6-7

Service, anonymat, absence de suivi, 15:33-4

Téléphones reçus, nature, 15:24-9,33-6

Recherche, documents, 25:17

Statistiques, réussites, nombre, 2:33; 15:109

*Voir aussi*

Aide au suicide

Sidéens

**Suisse**

Euthanasie et aide au suicide, 33R:A-177-8

Autres pays, comparaison, 21:31-2

**Sunnybrook Health Science Centre**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 9:5-19; 33R:57,A-10

**Sutherland, Ralph W.**

*Health Care in Canada: a Description and Analysis of Canadian Health Services*, Jane M. Fulton, Ottawa, The Health Group, 1988, 28:19; 33R:A-23

**Sutorius, Eugene, avocat, Association médicale néerlandaise, Pays-Bas**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:39-47,52-3,55,57-8,  
60-2,65,72; 33R:A-12,A-125-6,A-131-2,A-134,A-136

**Syndrome de Down**

Euthanasie, inquiétudes, effets, 23:48; 28:27

**Système de santé***Voir*

Régime du système de santé

**Taylor, Charles***Grandeur et misère de la modernité*, 1991, 22:53**Terre-Neuve**

Directives préalables, état du droit, 33R:A-66

*Act Respecting Advance Health Care Directives and the Appointment of Substitute Health Care Decision Makers*, réintroduction, 16 mars 1995, 33R:49

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,52

Soins palliatifs, 33R:A-110-1

**Territoires du Nord-Ouest**

Directives préalables, état du droit, 33R:A-66

Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,52

*Standards and Procedures for Advanced Treatment Directives for both Coordinated Home Care Programs and Facility based Long Term Care Programs*, 33R:50

Soins palliatifs, 33R:A-111

**Testaments biologiques ou de vie***Voir*

Directives préalables

Professions médicales

**Theckedath, George, Ottawa, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-17

- Tolstoy, Leon**  
*Death (The) of Ivan Ilych*, 27:16
- Toronto Bayview Regional Cancer Centre**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 26:4-16; 33R:67,A-10
- Toronto Catholic Doctors Guild**  
 Written submission, 33R:A-17
- Toronto Hospital for Sick Children**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 11:17-31; 33R:A-10
- Toronto Star, Toronto, Ontario**  
 Reference, 27:42
- Training**  
*See under*  
 Education  
 Palliative care - Education and training
- Transplant**  
*See under*  
 Ethics - Euthanasia
- Treatments**  
*See under*  
 Medical treatments
- Tribunals**  
*See under*  
 Euthanasia - Legal decisions  
 Supreme Court of Canada
- Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez***  
 Rodriguez, Sue and Lisa Birnie Hobbs, Macmillan, Toronto, 1994,  
 14:34-5; 15:111; 33R:A-19
- Unitarianism**  
 Historical background, 14:61  
 Principles, 14:62-3  
 Tradition, sources, 14:66-7  
*See also*  
 Canadian Unitarian Council
- United Church of Canada**  
 Euthanasia and assisted suicide, study, 27:30-47; 33R:A-10  
*Caring for the Dying: Choices and Decisions*, 27:29  
 National committee, working paper deploring the worship of  
 high technology and idolizing of biology, 18:10  
*Observer*, 27:44  
*Rodriguez, Sue*, case, position, 18:11
- United Kingdom**  
 Committee, report, government publications, 33R:A-23  
 Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-149-53  
 Case, example, 31:18-9  
 Other countries, comparison, 21:31-2; 22:22; 25:27  
 Seniors, concerns, 30:7  
*House of Lords Select Committee on Medical Ethics*, report,  
 4:56; 6:16,32-3; 8:12; 8:36; 12:8,10; 14:17-8,35; 15:92,97;  
 21:26; 22:48-9,51-2,54-5; 30:6-7; 31:15; 33R:A-149-50,  
 A-152  
 Palliative care, 3:11; 18:33,120; 26:8,14-6; 27:33,43; 30:7;  
 33R:17
- There Is A Time To Die***  
 Oldham, John, mémoire au Comité, 18:11-2
- Thomas, David, Bureau du procureur de la Couronne de l'Ontario**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:40-54; 33R:80-1
- Thomas, Dylan, auteur**  
 Référence, 32:52
- Thomas, Zach, Saskatchewan Palliative Care Association**  
 Référence, 33R:A-101
- Thomas More Lawyers' Guild of Toronto**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:5,7-29; 33R:65,A-10  
 Information de base, 12:6
- Thompson, Yoseph, Lubavitch Organization for Jewish Development**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:41-59; 33R:83
- Thomson, George**  
*Foreseeable (The) Future*, référence, 6:33
- Timmins, Ontario**  
*Voir sous*  
 Ontario - Euthanasie - Décisions judiciaires
- Tolstoy, Léon**  
*Death (The) of Ivan Ilych*, 27:16
- Toronto Bayview Regional Cancer Centre**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 26:4-16; 33R:69,A-10
- Toronto Catholic Doctors Guild**  
 Mémoire présenté, 33R:A-17
- Toronto Hospital for Sick Children**  
 Euthanasie et aide au suicide, étude, 11:17-31; 33R:A-10
- Toronto Star, Toronto, Ontario**  
 Référence, 27:42
- Traitement, interruptions**  
*Voir sous*  
 Personnes en phase terminale  
 Soins palliatifs  
 Traitements médicaux
- Traitements médicaux**  
 Abstention et interruption de traitement de survie, refus, effets,  
 24:17-9; 30:23; 33R:39-47  
 Recommandations du Comité, 33R:ix-xi,48  
 Acheminement thérapeutique et traitement agressif, système  
 actuel, 7:13; 17:85; 18:26-7; 24:18  
 Abus, 24:8; 32:54-5  
 Lignes directrices, 23:41; 25:9-10; 27:35; 29:16; 32:65  
 Aperçu général, 29:37-9,51  
 Craintes, peur, 24:16; 27:32  
 Familles, demandes, 29:40; 31:6  
 Maintien en vie au-delà des limites désirées, 15:21-2,35,68-9,  
 101; 17:85; 18:13-8,20-3,26-7,35-6; 19:38; 32:29-30,  
 39-40  
 Médecin, rôle, 33R:44-5  
 Ressources médicales, attribution inappropriée, 15:37-8

**United Kingdom—Cont'd**

Terminal care, cost-effectiveness, 26:20

**United Nations Charter**

Age distinction, 15:16-7

Human rights and fundamental freedoms, respect and observance, article 55, 15:7

**United States**

Abortion, decision, Supreme Court, comparison, 25:42

Euthanasia and assisted suicide, 33R:A-153-7

Abuse, control, 27:18,31

Figures, 11:10

North America, movement, strength, 18:141

Other countries, comparison, 21:26; 25:27; 31:19,21-2; 32:23

Polls, surveys

Oregon, figures, 25:35; 32:60

Pacific Northwest, 6:53

New York State task force, 31:15

*States Initiatives for Pain Management*, 22:34

Washington State, aid in dying, legalization, rejection, 1:35

**Universal Declaration of Human Rights**

Discrimination, excluding, 15:7-8

Human beings, assertions, article 1, 15:7

Human life, inviolable and inalienable, article 3, 15:8,113

Human values, protection, 15:7

Value of equality of human beings, article 2, 15:7

**Université de Sherbrooke, Ethics Committee**

Euthanasia and assisted suicide, study, 29:19-40; 33R:59-60, A-11

**Université Laval, Department of Nursing**

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:64-79,81-2; 33R:A-10

References, 29:30-1; 32:6

**University (The) of Alberta, Developmental Disabilities Centre**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:136-48; 33R:A-10

Reference, quotation, 18:53-4

**University (The) of Alberta Hospital**

Reference, 33R:A-27

**University (The) of Calgary, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine**

Euthanasia and assisted suicide, study, 16:5-23; 18:78-93; 33R:12-3,30,58-9,62,68,78,A-10

**University (The) of Manitoba, Centre for Applied Ethics, Faculty of Law**

Euthanasia and assisted suicide, study, 6:57-72; 18:120-30, 132-6; 33R:8,12,28,30,44,66,69,83,A-11

**University of Toronto, Faculty of Law**

Euthanasia and assisted suicide, study, 10:25-44; 33R:77,A-11

References, 25:44; 29:46,52

**University of Victoria, Department of Philosophy**

Euthanasia and assisted suicide, study, 2:8-31; 15:38-57; 33R:41,65-6,A-11

References, 25:43; 32:28

**Traitements médicaux—Suite**

Achemement thérapeutique et traitement agressif, système actuel—*Suite*

"Traitement futile", inquiétudes, 1:53; 2:28; 19:11,36;

24:10-1; 25:7; 27:39-41

Définitions, 33R:16,43-5,47

"Ne pas réanimer", directive préalable, effets, 28:29

Personnes ressuscitées inutilement, patients classés "NPR", 15:22,34-5; 26:24; 28:29; 33R:43,47

Nutrition et l'hydratation artificielle, transfusion sanguine, 27:40; 33R:1,39,44,47,54,A-28

Pratiques et principes, aperçu général, 31:16,24,26-7

*Voir aussi*

Abstention et interruption de traitement de survie

**Médecine**

Personnes en phase terminale - Traitement médicaux

Soins palliatifs - Traitements, interruption

**Traités internationaux**

Euthanasie, interprétation, 15:10-1

**Transplantation**

*Voir sous*

Médecine - Technologies

**Travailleurs sociaux**

Euthanasie et aide au suicide

Inquiétudes, 14:94-6

Rôle, 14:103-4,108

Profession, valeurs, 4:26

Soins palliatifs, rôle, 4:29-30

**Tribunaux, jugement**

*Voir sous*

Cour suprême du Canada

Euthanasie - Décisions judiciaires

**Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez**

Rodriguez, Sue et Lisa Birnie Hobbs, Macmillan, Toronto, 1994, références, 14:34-5; 15:111; 33R:A-19

**Union médicale du Canada**

Références, 24:4,14

**Unitarianisme**

Historique, 14:61

Principes, 14:62-3

Tradition, sources, 14:66-7

*Voir aussi*

Conseil unitaire canadien

**Université de Sherbrooke, Comité d'éthique**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 29:19-40; 33R:62,A-11

**Université Laval, département des sciences infirmières**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:64-79,81-2; 33R:A-10

Références, 29:30-1; 32:6

**Université McGill, Centre de médecine, d'éthique et de droit**

*Voir*

McGill University, Centre de médecine, d'éthique et de droit



**Van Bommel, Harry (Personal presentation)**

*Dying for care - Hospice Care or Euthanasia*, NC Oress, Toronto, 1992, 4:53,64; 33R:A-20

Euthanasia and assisted suicide, study, 28:14-38; 33R:A-11

**Van Delden, Johannes J.M., Sociologist and Medical Practitioner; Rummelink Commission, Netherlands**

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:11-4,17-8,20-2, 24-30,38,71; 33R:A-12,A-20,A-118,A-121,A-127,A-135, A-137,A-141,A-145-6

**Van der Maas, Paul J.**

*Lancet (Tha)*, "Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life", 17:6-7,21,23; 21:27; 33R:A-20

Rummelink Commission, references, 21:7-11,15,19,35; 33R:A-127,A-135-43,A-145

**Van der Wal, Gerrit, Medical Inspector of Health, North Holland**

*British Medical Journal*, Robert J.M. Dillmann, "Euthanasia in the Netherlands", 21:69; 33R:A-23

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:5-11,15,25-8,37,38, 59-60,62-3,67,70-2; 33R:A-12,A-22,A-115-6,A-119-20, A-125,A-141-2,A-144-6

*Family Practice*, June 1992, 21:62

References, 21:7-8,36

**Vancouver, British Columbia**

See under

British Columbia - Euthanasia and assisted suicide - Legal decisions

**Vancouver Palliative Care Coordinating Group**

References, 16:39-40,42

**Vancouver Sun, Vancouver, British Columbia**

References, 15:59-60

**Varion, François**

*Beauté du monde et souffrance des hommes*, reference, 13:9

**Vegetative state**

See under

Palliative care - Persistent vegetative state

**Verhoef, Marja, Department of Community Health Sciences, The University of Calgary**

Biographical notes, 18:78-9; 33R:A-21

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:80-93; 33R:12-3,68

**Veterinarian**

Method to put animals to sleep, 25:49

**Vézina, Claude, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée**

Euthanasia and assisted suicide, study, 32:37-8,44-52

**Vlaming, Mary G., Registered Nurse, Netherlands**

Euthanasia and assisted suicide, study, 21:21-3,59,66-7,70-1; 33R:A-12,A-119-20

**Volunteer Home Support Group**

Euthanasia and assisted suicide, study, 17:60-71; 33R:A-11

**University (The) of Alberta, Developmental Disabilities Centre**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:136-48; 33R:A-11

Référence, citation, 18:53-4

**University (The) of Alberta Hospital**

Référence, 33R:A-27

**University (The) of Calgary, Département des sciences de santé communautaire, Faculté de Médecine**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:5-23; 18:78-93;

33R:13,32,60-1,64,70,81,A-11

**University (The) of Manitoba, Centre for Applied Ethics, Faculty of Law**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 6:57-72; 18:120-30,132-6;

33R:8,12,30,33,46,68,71,86,A-11

**University of Toronto, Faculty of Law**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 10:25-44; 33R:79,A-11

Références, 25:44; 29:46,52

**University of Victoria, Department of Philosophy**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 2:8-31; 15:38-57; 33R:43, 67-8,A-11

Références, 25:43; 32:28

**Van Bommel, Harry (présentation personnelle)**

*Dying for Care - Hospice Care or Euthanasia*, Toronto: NC Press, 1992, 4:53,64; 33R:A-20

Euthanasie et aide au suicide, étude, 28:14-38; 33R:A-11

**Van Delden, Johannes J.M., sociologue et médecin, Commission Rummelink, Pays-Bas**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:11-4,17-8,20-2,24-30, 38,71; 33R:A-12,A-20,A-118,A-123,A-127,A-138-40,A-144, A-148-9

**Van der Maas, Paul J.**

Commission Rummelink, références, 21:7-11,15,19,35; 33R:A-129,A-138-46,A-148

*The Lancet*, "Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life", 17:6-7,21,23; 21:27; 33R:A-20

**Van der Wal, Gerrit, Inspecteur médical de la santé, Hollande du Nord**

*British Medical Journal*, Robert J.M. Dillmann, "Euthanasia in the Netherlands", 21:69; 33R:A-23

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:5-11,15,25-8,37,38, 59-60,62-3,67,70-2; 33R:A-12,A-22,A-117-8,A-121-2, A-144-5,A-147-9

*Family Practice*, juin 1992, 21:62

Références, 21:7-8,36

**Vancouver, Colombie-Britannique**

Voir sous

Colombie-Britannique - Euthanasie et aide au suicide - Décisions judiciaires

**Vancouver Palliative Care Coordinating Group**

Références, 16:39-40,42

**Vancouver Sun, Vancouver, Colombie-Britannique**

Références, 15:59-60

**Volunteers**

See under

Palliative care

**Von Dehn, Cecilia, REAL Women of British Columbia**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:133-6

**Voth, Arnold, Edmonton, Alberta**

Written submission, 33R:A-17

**Voyer, Gilles, Association des hôpitaux du Québec**

Euthanasia and assisted suicide, study, 19:43-7,49,51-2

**Waldock, Humphrey (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:87-92; 33R:A-11

**Walker, Kenneth F. (Personal presentation)**

Biographical notes, 11:4,15-6

Euthanasia and assisted suicide, study, 11:5-14; 33R:A-11,A-25

***Walking Together in the Shadow of Death***

Evangelical Fellowship of Canada, brief, 15:57-67

**Wallace, Scott (Personal presentation)**

Euthanasia and assisted suicide, study, 15:83-94; 33R:21,84, 82,A-11

***War (The) Against The Family: A Parent Speaks Out on the Political, Economic and Social Policies That Threaten Us All***

Gairdner, William, Toronto: Stoddart, 1992, 8:13; 33R:A-19

**Weir, Kenneth, Church of St. John and St. Paul**

Euthanasia and assisted suicide, study, 24:20-33; 33R:54,A-106

**Werner, Attaleen, Willowdale, Ontario**

Written submission, 33R:A-17

**Wertham, Frederic***A Sign for Cain*, reference, 7:5**Westwood, John, British Columbia Civil Liberties Association**

Euthanasia and assisted suicide, study, 14:122-5,134,141-2

***When Self-Determination Runs Amok***

Callahan, Daniel, article, quote, 15:8-9

**Williams, Glenville***Sanctity (The) of Life and the Criminal Law*, 6:32; 12:11**Williams, John, Canadian Medical Association**

Biographical notes, 25:4

Euthanasia and assisted suicide, study, 25:7-12,17-27,32; 33R:41,A-23

**Williams, Mary, British Columbia Coalition of People with Disabilities**

Euthanasia and assisted suicide, study, 16:54-5,57-8,61

**Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment**

Committee, report

*British Columbia Crown Counsel Policy*, 33R:40,A-31,A-59-63

Definitions, voluntary, nonvoluntary and involuntary, 33R:14, 37-8

Deliberations, 33R:44-5

**Varion, François***Beauté du monde et souffrance des hommes*, référence, 13:9**Végétatif, état**

Voir sous

Soins palliatifs - Végétatif persistant, état

**Verhoef, Marja, Département des sciences de santé**

communautaire, Faculté de Médecine, The University of Calgary

Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:80-93; 33R:13,70

Notes biographiques, 18:78-9; 33R:A-21

**Vétérinaire**

Méthode pour endormir les animaux, 25:49

**Vézina, Claude, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 32:37-8,44-52

**Vie**

Artificielle, effets, 28:10,36

"Caractère sacré de la vie", 8:36,40; 15:10,58,75-80,86,95-6,

99,111,136-9; 16:80; 17:116; 18:33,37-9; 19:35; 20:59;

24:28; 27:27,80; 28:4,8; 29:36-9; 31:7-11,28-9; 32:58

Joie, positif, 26:22; 33R:19

Loi, 31:34-5

Humaine, dignité, valeur, opinions philosophiques, 8:14-6;

20:86-90; 22:43-6; 28:35; 29:26-7,39; 30:18,28-9; 32:7-9,

18,41,51-2,58; 33R:19

Pouvoir, contrôle, inquiétudes, 22:46-7; 28:34

Problèmes, exemples, 17:103,106-11,113-4; 27:8-9

Qualité de la vie, différences, perception, 20:69; 23:20,28;

27:7-8,22-8; 28:17; 29:4; 32:23

Société, 28:23; 29:4-5,26-7; 33R:2

Civilisée 27:25-6

Démocratie, liberté de choisir, 20:69,87-8; 23:20; 28:34

Voir aussi sous

Avortement - Historique

Euthanasie

Handicapés et invalides

Religion

**VIH**

Voir sous

SIDA

**Vlaming, Mary G., infirmière, Pays-Bas**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 21:21-3,59,66-7,70-1;

33R:A-12,A-121-2

**Volontaires**

Voir sous

Soins palliatifs

**Volunteer Home Support Group**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 17:60-71; 33R:A-11

**Von Dehn, Cecilia, REAL Women of British Columbia**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:133-6

**Voth, Arnold, Edmonton, Alberta**

Mémoire présenté, 33R:A-17



**Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment—Cont'd**Committee, report—*Cont'd*

Legal status, 33R:38-40

Recommendations, 33R:ix-xi,48

Suggested Procedural Guidelines, 33R:A-49-58

Witnesses, points of view, 33R:41-4

*See also**Of Life and Death*

Complexity, 9:34-5

Decision-making, 22:11; 25:6; 32:14; 33R:1

Guidelines, procedure, 25:7; 26:14; 27:10-1,35-7

Families, involvement, 27:20; 32:66-8

Standards, lack, 31:17,27; 32:42

Overview, effects, 19:14-6; 24:17-9; 27:39-40; 28:9-10,12;  
30:23; 32:14; 33R:37-45

Refusal of treatment, effects, 24:17-8; 27:20; 28:12-3

Rights, 30:23; 32:41,57-8; 33R:1,15

*See also under*

Medical treatments

Medicine

Palliative care - Treatment, interruption

Terminally ill persons - Medical treatments

**Wolbring, Gregor, Calgary, Alberta**

Written submission, 33R:A-17

**Women Alive**

Written submission, 33R:A-17

**Women For Life, Faith and Family**

Written submission, 33R:A-17

**World Federation of Doctors to Respect Human Life**

References, 8:6-7; 33R:42

**World Federation of Societies on the Right to Die**

References, activities, 4:33; 8:7

**World Health Organization**

Reference, 22:30

**World Medical Association**

Declaration of Geneva, 7:10-1

**Wyman, Michael, Ontario Medical Association**Euthanasia and assisted suicide, study, 20:68-70,72-83;  
33R:78,A-92**Yaworski, Carol, AIDS Committee of Toronto**

Euthanasia and assisted suicide, study, 12:29,33-8

**Young, Jim, Ontario Office of the Chief Coroner**

Euthanasia and assisted suicide, study, 20:4-7,9-20

**Yukon**

Committee report

Advance directives, legal status, 33R:48,A-66

Recommendations, 33R:ix-xi,50

Palliative care, 33R:A-110

**Zacharias, Howard, Conference of Mennonites of Canada**

Euthanasia and assisted suicide, study, 18:115-20

*See page 119 for lists of appendices and witnesses.***Voyer, Gilles, Association des hôpitaux du Québec**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 19:43-7,49,51-2

**Waldock, Humphrey (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:87-92; 33R:A-11

**Walker, Kenneth F. (présentation personnelle)**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 11:5-14; 33R:A-11,A-26

Notes biographiques, 11:4,15-6

**Wallace, Scott (présentation personnelle)**Euthanasie et aide au suicide, étude, 15:83-94; 33R:22,66-7,84,  
A-11**War (The) Against The Family: A Parent Speaks Out on the  
Political, Economic and Social Policies That Threaten Us All**  
Gairdner, William, Toronto: Stoddart, 1992, 8:13; 33R:A-19**Weir, Kenneth, Church of St. John and St. Paul**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 24:20-33; 33R:56,A-108

**Werner, Attaleen, Willowdale, Ontario**

Mémoire présenté, 33R:A-17

**Wertham, Frederic***A Sign for Cain*, référence, 7:5**Westwood, John, British Columbia Civil Liberties Association**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 14:122-5,134,141-2

**When Self-Detamination Runs Amok**

Callahan, Daniel, article, citation, 15:8-9

**Williams, Glenville***The Sanctity of Life and the Criminal Law*, 6:32; 12:11**Williams, John, Association médicale canadienne**Euthanasie et aide au suicide, étude, 25:7-12,17-27,32;  
33R:43-4

Notes biographiques, 25:4

**Williams, Mary, British Columbia Coalition of People with  
Disabilities**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 16:54-5,57-8,61

**Wolbring, Gregor, Calgary, Alberta**

Mémoire présenté, 33R:A-17

**Women Alive**

Mémoire présenté, 33R:A-17

**Women For Life, Faith and Family**

Mémoire présenté, 33R:A-17

**Wyman, Michael, Association médicale de l'Ontario**Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:68-70,72-83; 33R:80,  
A-92**Yaworski, Carol, Aids Committee of Toronto**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 12:29,33-8

**Young, Jim, Bureau du coroner, Ontario**

Euthanasie et aide au suicide, étude, 20:4-7,9-20



**Yukon****Comité, rapport****Directives préalables, état du droit, 33R:50,A-66****Recommandations, 33R:ix-xi****Soins palliatifs, 33R:A-112****Zacharias, Howard, Conference of Mennonites of Canada****Euthanasie et aide au suicide, étude, 18:115-20**

Voir pages suivantes pour listes d'annexes et de témoins.

## Appendices

*Bulletin of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide*, no. 1, April 27, 1994, 12A:1-12

*Bulletin of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide*, no. 2, June 1, 1994, 12B:1-10

## Witnesses

- Adams, Paul, Manitoba Physicians for Life
- Alcock, Stuart, British Columbia Association of Social Workers
- Armstrong, Russell, Canadian AIDS Society
- Bailey, Donald, Manitoba Association for Rights and Liberties
- Bakker, Dirkjan, Surgeon, University Hospital, Amsterdam;  
Royal Dutch Medical Association, Netherlands
- Balfour, Heather M., Community Hospice Association of Ontario
- Banks, Trevor, Humanist Association of Canada
- Bartram, John, Canadian Association for Community Living
- Baycroft, John A., Anglican Church of Canada
- Beaulne, Pierre, British Columbia Persons with AIDS Society
- Benson, Iain, Canadian Physicians for Life
- Bereza, Eugene, College of Family Physicians
- Berry, Michael, Right to Life Association of Toronto
- Berthiaume, Paulette, Canadian Association for Community Living
- Blanchet, Bertrand, Canadian Conference of Catholic Bishops
- Bloedow, Jonathan, Action Life
- Blondeau, Danielle, Department of Nursing, Université Laval
- Boadway, Ted, Ontario Medical Association
- Boey, Harold, Manitoba Physicians for Life
- Boisvert, Marcel, Royal Victoria Hospital
- Boram, David (Personal presentation)
- Boram, John (Personal presentation)
- Bottle, Randy, Alberta Indian Health Care Commission
- Bourbonnais, Pierre, Association des hôpitaux du Québec
- Bourque, Mary Anne, Canadian Hospital Association
- Boyle, Michael, British Columbia Association of Social Workers
- Brown, David, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- Browne, Alistair, British Columbia Civil Liberties Association
- Buckingham, Janet, Evangelical Fellowship of Canada
- Buckman, Robert, Toronto Bayview Regional Cancer Centre
- Buhr, Janice, Niagara Community Impact Committee
- Buhr, Robert, Niagara Community Impact Committee
- Bureau, Yvon (Personal presentation)
- Cain, Vince, British Columbia Coroner's Office
- Cairns, Jim, Ontario Office of the Chief Coroner
- Campbell, Martin, Dying with Dignity
- Campion, Brigitte, Catholic Health Association of Canada
- Carlisle, Sheila, British Columbia Coroner's Office
- Caron-Boulet, Nicole, Manitoba Physicians for Life
- Carrier, Réjean (Personal presentation)
- Chapman, Marian, Council on Aging
- Chipeur, Gerald D. (Personal presentation)
- Chochinov, Harvey M., Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation
- Clapham, Charles, Goodbye: A Right to Die Society
- Clemenger, Bruce, Evangelical Fellowship of Canada
- Clemenhausen, Carol, Canadian Hospital Association
- Cohen, Howard (Personal presentation)
- Considine, Christopher M. (Personal presentation)
- Corbeil, Janine (Personal presentation)
- Costigan, Angela, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- Côté, Agathe, Maison Marc Simon
- Cottle, Margaret, Focus on the Family Association

## Annexes

*Bulletin du comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté*, n° 1, 27 avril 1994, 12A:1-12

*Bulletin du comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté*, n° 2, 1<sup>er</sup> juin 1994, 12B:1-10

## Témoins

- Adams, Paul, Manitoba Physicians for Life
- Alcock, Stuart, British Columbia Association of Social Workers
- Armstrong, Russell, Société canadienne du SIDA
- Bailey, Donald, Association manitobaine des droits et libertés
- Bakker, Dirkjan, chirurgien, Hôpital universitaire d'Amsterdam;  
Association médicale néerlandaise, Pays-Bas
- Balfour, Heather M., Community Hospice Association of Ontario
- Banks, Trevor, Association humaniste du Canada
- Bartram, John, Association canadienne pour l'intégration communautaire
- Baycroft, John A., Église anglicane du Canada
- Beaulne, Pierre, British Columbia Persons with AIDS Society
- Benson, Iain, Canadian Physicians for Life
- Bereza, Eugene, Collège des médecins de famille du Canada
- Berry, Michael, Right to Life Association of Toronto
- Berthiaume, Paulette, Association canadienne pour l'intégration communautaire
- Blanchet, Bertrand, Conférence des évêques catholiques du Canada
- Bloedow, Jonathan, Action pour la vie
- Blondeau, Danielle, département des sciences infirmières, Université Laval
- Boadway, Ted, Association médicale de l'Ontario
- Boey, Harold, Manitoba Physicians for Life
- Boisvert, Marcel, Hôpital Royal Victoria
- Boram, David (présentation personnelle)
- Boram, John (présentation personnelle)
- Bottle, Randy, Alberta Indian Health Care Commission
- Bourbonnais, Pierre, Association des hôpitaux du Québec
- Bourque, Mary Anne, Association des hôpitaux du Canada
- Boyle, Michael, British Columbia Association of Social Workers
- Brown, David, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- Browne, Alistair, British Columbia Civil Liberties Association
- Buckingham, Janet, Evangelical Fellowship of Canada
- Buckman, Robert, Toronto Bayview Regional Cancer Centre
- Buhr, Janice, Niagara Community Impact Committee
- Buhr, Robert, Niagara Community Impact Committee
- Bureau, Yvon (présentation personnelle)
- Cain, Vince, Bureau du coroner, Colombie-Britannique
- Cairns, Jim, Bureau du coroner, Ontario
- Campbell, Martin, Mourir dans la dignité
- Campion, Brigitte, Association catholique canadienne de la santé
- Carlisle, Sheila, Bureau du coroner, Colombie-Britannique
- Caron-Boulet, Nicole, Manitoba Physicians for Life
- Carrier, Réjean (présentation personnelle)
- Chapman, Marian, Conseil sur le vieillissement
- Chipeur, Gerald D. (présentation personnelle)
- Chochinov, Harvey M., Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation
- Clapham, Charles, Goodbye: A Right to Die Society
- Clemenger, Bruce, Evangelical Fellowship of Canada
- Clemenhausen, Carol, Association des hôpitaux du Canada
- Cohen, Howard (présentation personnelle)
- Considine, Christopher M. (présentation personnelle)

*Witnesses—Cont'd*

- Coupal, Monique, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée
- Coupal, Shirley, British Columbia Hospice/Palliative Care Association
- Crelinsten, Gordon, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Cressman, Julianne (Personal presentation)
- Cumming, Ina, Nova Scotia Palliative Care Association
- Dagenais, Robert, Quebec Association of Palliative Care
- Daniels, Sylvia, People in Equal Participation Inc.
- Davidson, Duffy, Community Hospice Association of Ontario
- De Heer, Elly, General practitioner, Rotterdam, Netherlands
- Derksen, Jim, Council of Canadians With Disabilities
- Desclos, Jean, Ethics Committee, Université de Sherbrooke
- Desilets, Anna, Alliance for Life
- Dickens, Bernard M., Faculty of Law, University of Toronto
- Dickey, James, St. Andrew's Presbyterian Church
- Dillmann, Robert J.M., Secretary of Medical Affairs, Royal Dutch Medical Association, Netherlands
- Dinsdale, Henry, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Dionne, Louis, Maison Michel Sarrazin
- Douglas, Shari, Ontario Palliative Care Association
- Ducharme, Theresa, People in Equal Participation Inc.
- Dudgeon, Deborah, Manitoba Hospice Foundation
- Dueck, Lorna, National Coalition of Concerned Mothers
- DuMoulin, Anne, British Columbia Association of Social Workers
- Dunn, R.W. (Personal presentation)
- Echlin, Jean, National Coalition of Concerned Mothers
- Eckstein, Cheryl, Compassionate Healthcare Network Association
- Egan, Tim, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- Elgie, Robert, Health Law Institute, Dalhousie University
- Elias, Tym, Conference of Mennonites of Canada
- Englefield, Elly, Catholic Health Association of Canada
- Evans, Ruth, United Church of Canada
- Exner, Adam, Archdiocese of Vancouver
- Falardeau, Maurice, Quebec Association of Palliative Care
- Farnand, Maureen, Canadian Nurses for Life
- Favang, Leroy, Canadian Pharmaceutical Association
- Fehr, Dolores, Catholic Women's League of Canada
- Ferguson, Gordon, New Brunswick Extra-Mural Hospital Association
- Filiatrault, Robert, Carrefour des chrétiens du Québec pour la Santé
- Foley, Julie (Personal presentation)
- Fuller, Judith, Nova Scotia Palliative Care Association
- Gaspar, Gabrielle, Right to Die Society of Canada
- Gear, Emily, Hospice of All Saints
- Gerk, Ted, Kelowna Right to Life
- Gervais, Marcel, Canadian Conference of Catholic Bishops
- Goldstone, Irene, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS
- Goodwin, Terry, Canadian AIDS Society
- Gordon, James (Personal presentation)
- Green, Betty, Pro-Life Society of British Columbia
- Green, James (Personal presentation)
- Grenz, Stanley, Evangelical Fellowship of Canada
- Griffith, George (Personal presentation)
- Gunning, Karel, Alliance for Life
- Hall, Kevin, Canadian Pharmaceutical Association
- Hammell, Nora, Canadian Nurses Association

*Témoins—Suite*

- Corbeil, Janine (présentation personnelle)
- Costigan, Angela, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- Côté, Agathe, Maison Marc Simon
- Cottle, Margaret, Focus on the Family Association
- Coupal, Monique, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée
- Coupal, Shirley, British Columbia Hospice/Palliative Care Association
- Crelinsten, Gordon, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Cressman, Julianne (présentation personnelle)
- Cumming, Ina, Association des soins palliatifs de la Nouvelle-Écosse
- Dagenais, Robert, Association québécoise des soins palliatifs
- Daniels, Sylvia, People in Equal Participation Inc.
- Davidson, Duffy, Community Hospice Association of Ontario
- De Heer, Elly, médecin, Rotterdam, Pays-Bas
- Derksen, Jim, Coalition des organisations provinciales, ombudsman des handicapés; Conseil des Canadiens avec déficiences
- Desclos, Jean, Comité d'éthique, Université de Sherbrooke
- Desilets, Anna, Alliance pour la vie
- Dickens, Bernard M., Faculty of Law, University of Toronto
- Dickey, James, St. Andrew's Presbyterian Church
- Dillmann, Robert J.M., secrétaire des affaires médicales, Association médicale néerlandaise, Pays-Bas
- Dinsdale, Henry, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Dionne, Louis, Maison Michel Sarrazin
- Douglas, Shari, Association des soins palliatifs de l'Ontario
- Ducharme, Theresa, People in Equal Participation Inc.
- Dudgeon, Deborah, Manitoba Hospice Foundation
- Dueck, Lorna, National Coalition of Concerned Mothers
- DuMoulin, Anne, British Columbia Association of Social Workers
- Dunn, R.W. (présentation personnelle)
- Echlin, Jean, National Coalition of Concerned Mothers
- Eckstein, Cheryl, Compassionate Healthcare Network Association
- Egan, Tim, Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- Elgie, Robert, Health Law Institute, Dalhousie University
- Elias, Tym, Conference of Mennonites of Canada
- Englefield, Elly, Association catholique canadienne de la santé
- Evans, Ruth, Église unie du Canada
- Exner, Adam, Archidiocèse de Vancouver
- Falardeau, Maurice, Association québécoise des soins palliatifs
- Farnand, Maureen, Canadian Nurses for Life
- Favang, Leroy, Association pharmaceutique canadienne
- Fehr, Dolores, Catholic Women's League of Canada
- Ferguson, Gordon, Association de l'Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick
- Filiatrault, Robert, Carrefour des chrétiens du Québec
- Foley, Julie (présentation personnelle)
- Fuller, Judith, Association des soins palliatifs de la Nouvelle-Écosse
- Gaspar, Gabrielle, Right to Die Society of Canada
- Gear, Emily, Hospice of All Saints
- Gerk, Ted, Kelowna Right to Life
- Gervais, Marcel, Conférence des évêques catholiques du Canada
- Goldstone, Irene, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS
- Goodwin, Terry, Société canadienne du SIDA



**Witnesses—Cont'd**

- Harder, Helmut, Conference of Mennonites of Canada
- Harris, Steve, Canadian AIDS Society
- Harvey, Alison, Canadian Unitarian Council
- Hays, Helen, Catholic Health Association of Canada
- Heintz, A.P.M., Doctor, Academic Hospital, Heidelberglaan, Netherlands
- Henteleff, Paul, Canadian Palliative Care Association
- Herkel, Gerald J., Catholic Health Association of British Columbia
- Heron, Claire, Catholic Women's League of Canada
- Hiebert, Gerald, Catholic Health Association of Canada
- Hofess, John, Right to Die Society of Canada
- Horgan, John, Catholic Health Association of British Columbia
- Horgan, Philip H., Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- House, Susan (Personal presentation)
- Hui, Edwin, Evangelical Fellowship of Canada
- Janzen, Jake, Niagara Community Impact Committee
- Jeffs, Jakki, Alliance for Life
- Johnson, Andrew (Personal presentation)
- Johnston, Willard P., Canadian Physicians for Life
- Juneau, André, Health Department
- Keirstead, Paula, Council of Canadians With Disabilities
- Kenny, Nuala, Izaak Walton Killam Hospital for Children
- Kershaw, Brian (Personal presentation)
- Keyserlingk, Edward W., Centre for Medicine Ethics and Law, McGill University
- Kiely, Brian J., Canadian Unitarian Council
- Kinsella, Douglas, Faculty of Medicine, The University of Calgary
- Kirby, Sandra, Volunteer Home Support Group
- Kirk, Peter, Manitoba Hospice Foundation
- Kluge, Eike-Henner W., Department of Philosophy, University of Victoria
- Kreig, Hilda (Personal presentation)
- Kristjanson, Linda, Manitoba Hospice Foundation
- Kuhl, David, British Columbia Hospice/Palliative Care Association
- Lafrance, André, Physicians Who Respect Human Life, Ottawa and District
- Lamont, Campbell, Council on Aging
- Landry, Léo-Paul, Canadian Medical Association
- Landry, Paul, Association des hôpitaux du Québec
- Lane, Jim, Canadian Physicians for Life
- Latimer, Elizabeth, Henderson General Hospital
- Lawrence, Walter, Evangelical Fellowship of Canada
- Lawson, Susan, Health Department
- Leenen, H.J.J., Professor Emeritus, Health Medicine and Law, Netherlands
- Legemaate, Johan, Professor of Law, University of Rotterdam; Royal Dutch Medical Association, Netherlands
- Lesage-Jarjoura, Pauline, Ethics Committee, Université de Sherbrooke
- L'Heureux, Bruno, Canadian Medical Association
- Logan, Don, Christian Brethren
- Luckwoldt, Markus, Right to Die Society of Canada
- Lynch, Abbyann Day, Toronto Hospital for Sick Children
- Macdonald, Neil, Clinical Research Institute of Montreal
- Mackenzie, Paul (Personal presentation)
- MacLachlan, Richard, College of Family Physicians
- Malherbe, Jean-François, Carrefour des chrétiens du Québec pour la santé
- Marleau, Hon. Diane, Minister of Health

**Témoins—Suite**

- Gordon, James (présentation personnelle)
- Green, Betty, Pro-Life Society of British Columbia
- Green, James (présentation personnelle)
- Grenz, Stanley, Evangelical Fellowship of Canada
- Griffith, George (présentation personnelle)
- Gunning, Karel, Alliance pour la vie
- Hall, Kevin, Association pharmaceutique canadienne
- Hammell, Nora, Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Harder, Helmut, Conference of Mennonites of Canada
- Harris, Steve, Société canadienne du SIDA
- Harvey, Alison, Conseil unitarien du Canada
- Hays, Helen, Association catholique canadienne de la santé
- Heintz, A.P.M., médecin, Hôpital académique, Heidelberglaan, Pays-Bas
- Henteleff, Paul, Association canadienne des soins palliatifs
- Herkel, Gerald J., Catholic Health Association of British Columbia
- Heron, Claire, Catholic Women's League of Canada
- Hiebert, Gerald, Association catholique canadienne de la santé
- Hofess, John, Right to Die Society of Canada
- Horgan, John, Catholic Health Association of British Columbia
- Horgan, Philip H., Thomas More Lawyers' Guild of Toronto
- House, Susan (présentation personnelle)
- Hui, Edwin, Evangelical Fellowship of Canada
- Janzen, Jake, Niagara Community Impact Committee
- Jeffs, Jakki, Alliance pour la vie
- Johnson, Andrew (présentation personnelle)
- Johnston, Willard P., Canadian Physicians for Life
- Juneau, André, ministère de la Santé
- Keirstead, Paula, Coalition des organisations provinciales, ombudsman des handicapés; Conseil des Canadiens avec déficiences
- Kenny, Nuala, Izaak Walton Killam Hospital for Children
- Kershaw, Brian (présentation personnelle)
- Keyserlingk, Edward W., Centre de médecine, d'éthique et de droit, McGill University
- Kiely, Brian J., Conseil unitarien du Canada
- Kinsella, Douglas, Faculty of Medicine, The University of Calgary
- Kirby, Sandra, Volunteer Home Support Group
- Kirk, Peter, Manitoba Hospice Foundation
- Kluge, Eike-Henner W., Department of Philosophy, University of Victoria
- Kreig, Hilda (présentation personnelle)
- Kristjanson, Linda, Manitoba Hospice Foundation
- Kuhl, David, British Columbia Hospice/Palliative Care Association
- Lafrance, André, Association des médecins pour le respect de la vie humaine, Région d'Ottawa
- Lamont, Campbell, Conseil sur le vieillissement
- Landry, Léo-Paul, Association médicale canadienne
- Landry, Paul, Association des hôpitaux du Québec
- Lane, Jim, Canadian Physicians for Life
- Latimer, Elizabeth, Henderson General Hospital
- Lawrence, Walter, Evangelical Fellowship of Canada
- Lawson, Susan, ministère de la Santé
- Leenen, H.J.J., professeur émérite, médecine sociale et droit, Pays-Bas
- Legemaate, Johan, professeur de droit, Université de Rotterdam; Association médicale néerlandaise
- Lesage-Jarjoura, Pauline, Comité d'éthique, Université de Sherbrooke

**Witnesses—Cont'd**

- Massie, Margo, British Columbia Coalition of People with Disabilities
- McCaffrey, Janet (Personal presentation)
- McGregor, James, Ontario Palliative Care Association
- McGuinness, Joan, Ontario Palliative Care Association
- McMurphy, Geoffrey, British Columbia Coalition of People with Disabilities
- McMurrin, Stella, Choice in Dying, Ottawa
- McPherson, Gary, Alberta Premier's Council on the Disabled
- McPherson, Mary-Lynn, Canadian Nurses for Life
- Meijers, Leo C.M., Attorney-General, Supreme Court, Netherlands
- Mercier, Ron, Canadian Conference of Catholic Bishops
- Metzger, Curtis, British Columbia Hospice/Palliative Care Association
- Meyer, Linda (Personal presentation)
- Miller, Darline, Goodbye, A Right to Die Society
- Mishara, Brian, Canadian Association for Suicide Prevention
- Moore, Cecilia (Personal presentation)
- Morissette, Michel, Maison Marc Simon
- Mount, Balfour M., Royal Victoria Hospital
- Mullens, Ann (Personal presentation)
- Murphy, Pat, Catholic Health Association of Manitoba
- Nelson, Fred, Manitoba Hospice Foundation
- Neron, Carol, Canadian AIDS Society
- Neubauer, Joahne, Action Committee of People with Disabilities
- Nieuwenkamp, Johanna Kits, Ministry of Health, Netherlands
- Norbury, Dennis, Volunteer Home Support Group
- Normandin-Miller, Louise (Personal presentation)
- Noyes, Sheila (Personal presentation)
- O'Connor, Barbara, Hospice of All Saints
- Ogden, Russel D. (Personal presentation)
- Oldham, John (Personal presentation)
- Osborn, Bernard (Personal presentation)
- Pankratz, H. Robert C., Canadian Physicians for Life; Compassionate Healthcare Network Association
- Perkin, Reg L., College of Family Physicians
- Petrucka, Diane, Canadian Nurses for Life
- Philips-Nootens, Suzanne, Ethics Committee, Université de Sherbrooke
- Pickup, Mark (Personal presentation)
- Pollan, Amy, Compassionate Healthcare Network Association
- Pritchard, Doug, Conference of Mennonites of Canada
- Quapp, Roma, Conference of Mennonites of Canada
- Rainsbury, Paul, College of Family Physicians
- Rees, Carroll, Action Life
- Reynolds, Larry, Catholic Health Association of Manitoba
- Richler, Diane, Canadian Association for Community Living
- Rock, Hon. Allan, Minister of Justice
- Rodney, Patricia (Personal presentation)
- Rosenbaum, Stanley, Choice in Dying, Ottawa
- Ross, Eleanor, Canadian Nurses Association
- Rowand, R. Scott (Personal presentation)
- Roy, David, Clinical Research Institute of Montreal
- St. Germain, Angèle (Personal presentation)
- Saunders, Richard, Alberta Indian Health Care Commission
- Sawyer, Douglas, Canadian Medical Association
- Scandiffo, June, Right to Life Association of Toronto
- Schafer, Arthur, Centre for Applied Ethics, University of Manitoba
- Schilder, Arn, British Columbia Persons with AIDS Society
- Scott, Charles, Council on Aging
- Scott, Margaret, Canadian Cancer Society

**Témoins—Suite**

- L'Heureux, Bruno, Association médicale canadienne
- Logan, Don, Christian Brethren
- Luckwoldt, Markus, Right to Die Society of Canada
- Lynch, Abbyann Day, Toronto Hospital for Sick Children
- Macdonald, Neil, Institut de recherche clinique de Montréal
- Mackenzie, Paul (présentation personnelle)
- MacLachlan, Richard, Collège des médecins de famille du Canada
- Malherbe, Jean-François, Carrefour des chrétiens du Québec
- Marleau, honorable Diane, ministre de la Santé
- Massie, Margo, British Columbia Coalition of People with Disabilities
- McCaffrey, Janet (présentation personnelle)
- McGregor, James, Association des soins palliatifs de l'Ontario
- McGuinness, Joan, Association des soins palliatifs de l'Ontario
- McMurphy, Geoffrey, British Columbia Coalition of People with Disabilities
- McMurrin, Stella, Choice in Dying, Ottawa
- McPherson, Gary, Alberta Premier's Council on the Disabled
- McPherson, Mary-Lynn, Canadian Nurses for Life
- Meijers, Leo C.M., avocat général, Cour de cassation, Pays-Bas
- Mercier, Ron, Conférence des évêques catholiques du Canada
- Metzger, Curtis, British Columbia Hospice/Palliative Care Association
- Meyer, Linda (présentation personnelle)
- Miller, Darline, Goodbye, A Right to Die Society
- Mishara, Brian, Association canadienne pour la prévention du suicide
- Moore, Cecilia (présentation personnelle)
- Morissette, Michel, Maison Marc Simon
- Mount, Balfour M., Hôpital Royal Victoria
- Mullens, Ann (présentation personnelle)
- Murphy, Pat, Association catholique manitobaine de la santé
- Nelson, Fred, Manitoba Hospice Foundation
- Neron, Carol, Société canadienne du SIDA
- Neubauer, Joahne, Action Committee of People with Disabilities
- Nieuwenkamp, Johanna Kits, ministère de la Santé, Pays-Bas
- Norbury, Dennis, Volunteer Home Support Group
- Normandin-Miller, Louise (présentation personnelle)
- Noyes, Sheila (présentation personnelle)
- O'Connor, Barbara, Hospice of All Saints
- Ogden, Russel D. (présentation personnelle)
- Oldham, John (présentation personnelle)
- Osborn, Bernard (présentation personnelle)
- Pankratz, H. Robert C., Canadian Physicians for Life; Compassionate Healthcare Network Association
- Perkin, Reg L., Collège des médecins de famille du Canada
- Petrucka, Diane, Canadian Nurses for Life
- Philips-Nootens, Suzanne, Comité d'éthique, Université de Sherbrooke
- Pickup, Mark (présentation personnelle)
- Pollan, Amy, Compassionate Healthcare Network Association
- Pritchard, Doug, Conférence de Mennonites of Canada
- Quapp, Roma, Conférence de Mennonites of Canada
- Rainsbury, Paul, Collège des médecins de famille du Canada
- Rees, Carroll, Action pour la vie
- Reynolds, Larry, Association catholique manitobaine de la santé
- Richler, Diane, Association canadienne pour l'intégration communautaire
- Rock, honorable Allan, ministre de la Justice
- Rodney, Patricia (présentation personnelle)
- Rosenbaum, Stanley, Choice in Dying, Ottawa



**Witnesses—Cont'd**

- Searles, Neil, Manitoba Association for Rights and Liberties
- Seguin, Marilynne, Dying with Dignity
- Semkiw, Elizabeth (Personal presentation)
- Senn, John, Sunnybrook Health Science Centre
- Sigurdson, Tom (Personal presentation)
- Simmonds, Anne L., United Church of Canada
- Simpson, Allan, Council of Canadians With Disabilities
- Smordin, Marcie (Personal presentation)
- Sneiderman, Barney, Faculty of Law, University of Manitoba
- Sobsey, Richard, Developmental Disabilities Centre, The University of Alberta
- Sommerville, Margaret, McGill University, Centre for Medicine, Ethics and Law
- Stewart, Alan, AIDS Committee of Toronto
- Struthers, Fay, Canadian Palliative Care Association
- Sutorius, Eugene, Solicitor, Royal Dutch Medical Association, Netherlands
- Thomas, David, Ontario Office of the Crown Attorney
- Thompson, Yoseph, Lubavitch Organization for Jewish Development
- Van Bommel, Harry (Personal presentation)
- Van Delden, Johannes J.M., Sociologist and Medical Practitioner, Rimmelinck Commission, Netherlands
- Van der Wal, Gerrit, Medical Inspector of Health, North Holland
- Verhoef, Marja, Department of Community Health Sciences, The University of Calgary
- Vézina, Claude, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée
- Vlaming, Mary G., Registered Nurse, Netherlands
- Von Dehn, Cecilia, REAL Women of British Columbia
- Voyer, Gilles, Association des hôpitaux du Québec
- Waldock, Humphrey (Personal presentation)
- Walker, Kenneth F. (Personal presentation)
- Wallace, Scott (Personal presentation)
- Weir, Kenneth, Church of St. John and St. Paul
- Westwood, John, British Columbia Civil Liberties Association
- Williams, John, Canadian Medical Association
- Williams, Mary, British Columbia Coalition of People with Disabilities
- Wyman, Michael, Ontario Medical Association
- Yaworski, Carol, AIDS Committee of Toronto
- Young, Jim, Ontario Office of the Chief Coroner
- Zacharias, Howard, Conference of Mennonites of Canada

For pagination, see Index by alphabetical order.

**Témoins—Suite**

- Ross, Eleanor, Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Rowand, R. Scott (présentation personnelle)
- Roy, David, Institut de recherche clinique de Montréal
- St. Germain, Angèle (présentation personnelle)
- Saunders, Richard, Alberta Indian Health Care Commission
- Sawyer, Douglas, Association médicale canadienne
- Scandiffo, June, Right to Life Association of Toronto
- Schafer, Arthur, Centre for Applied Ethics, University of Manitoba
- Schilder, Arn, British Columbia Persons with AIDS Society
- Scott, Charles, Conseil sur le vieillissement
- Scott, Margaret, Société canadienne du cancer
- Searles, Neil, Association manitobaine des droits et libertés
- Seguin, Marilynne, Mourir dans la dignité
- Semkiw, Elizabeth (présentation personnelle)
- Senn, John, Sunnybrook Health Science Centre
- Sigurdson, Tom (présentation personnelle)
- Simmonds, Anne L., Église unie du Canada
- Simpson, Allan, Conseil des Canadiens avec déficiences
- Smordin, Marcie (présentation personnelle)
- Sneiderman, Barney, Faculty of Law, University of Manitoba
- Sobsey, Richard, Developmental Disabilities Centre, The University of Alberta
- Sommerville, Margaret, Centre de médecine, d'éthique et de droit, McGill University
- Stewart, Alan, Aids Committee of Toronto
- Struthers, Fay, Association canadienne des soins palliatifs
- Sutorius, Eugene, avocat, Association médicale néerlandaise, Pays-Bas
- Thomas, David, Bureau du procureur de la Couronne de l'Ontario
- Thompson, Yoseph, Lubavitch Organization for Jewish Development
- Van Bommel, Harry (présentation personnelle)
- Van Delden, Johannes J.M., sociologue et médecin, Commission Rimmelinck, Pays-Bas
- Van der Wal, Gerrit, inspecteur médical de la santé, Hollande du Nord
- Verhoef, Marja, Département des sciences de santé communautaire, Faculté de Médecine, The University of Calgary
- Vézina, Claude, Fédération québécoise des Centres d'hébergement et des soins de longue durée
- Vlaming, Mary G., infirmière, Pays-Bas
- Von Dehn, Cecilia, REAL Women of British Columbia
- Voyer, Gilles, Association des hôpitaux du Québec
- Waldock, Humphrey (présentation personnelle)
- Walker, Kenneth F. (présentation personnelle)
- Wallace, Scott (présentation personnelle)
- Weir, Kenneth, Church of St John and St. Paul
- Westwood, John, British Columbia Civil Liberties Association
- Williams, John, Association médicale canadienne
- Williams, Mary, British Columbia Coalition of People with Disabilities
- Wyman, Michael, Association médicale de l'Ontario
- Yaworski, Carol, Aids Committee of Toronto
- Young, Jim, Bureau du coronar, Ontario
- Zacharias, Howard, Conference of Mennonites of Canada

Pour pagination, voir Index par ordre alphabétique.





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing

45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition

45 Boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

531











